

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO EPILEPSIA REFRATÁRIA

CLOBAZAM, ETOSSUXIMIBA, GABAPENTINA, PRIMIDONA, TOPIRAMATO,
LAMOTRIGINA, VIGABATRINA e LEVETIRACETAM 250MG, 750MG E SOLUÇÃO ORAL 100MG/ML

1. Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico neurologista.

Obs.: **TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS!**

2. **Receita Médica**, contendo o nome do medicamento (Denominação Comum Brasileira = nome genérico), sua apresentação, forma de administração, dosagem diária e data.
3. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** - Via original.
4. **Cópia** de **Exames** Complementares mais recentes que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico:
 - Eletroencefalograma de vigília e sono compatível com o diagnóstico;
 - Tomografia computadorizada **ou** Ressonância magnética nuclear do encéfalo;
 - Relatório de Crises ou Diário de registro de crises feito pelo paciente ou responsável (modelo disponível no site).
5. **Cópia dos Documentos Pessoais** do paciente: **R.G., CPF e Cartão do SUS**. Cópia dos documentos pessoais do responsável pelo recebimento do medicamento, caso o paciente esteja impossibilitado de fazê-lo.
6. **Cópia do comprovante de residência** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente, semelhante ao endereço anotado no Laudo Médico ou uma Declaração de Residência.

**PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GENÉRICO
DO(S) MEDICAMENTO(S)**

Qualquer solicitação de medicamentos deverá estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013, e suas atualizações futuras, **não sendo aceito os pedidos identificados pelo nome comercial.**

ATENÇÃO: Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas!