

# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

## HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA

ECULIZUMABE

D59.5

- 1. LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão.
- 2. RECEITA MÉDICA**, contendo o nome do medicamento (DCB = nome genérico), apresentação, dosagem, posologia e data.
- 3. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** - Via **original**.
- 4. CÓPIA DE EXAMES** complementares recentes que confirmem o diagnóstico:
  - ✓ Relatório médico detalhado;
  - ✓ História transfusional nos últimos seis meses;
  - ✓ Citometria de Fluxo;
  - ✓ Teste direto de antiglobulina (Teste de Coombs direto);
  - ✓ Lactato Desidrogenase (LDH), Hemograma completo e reticulócitos;
  - ✓ Índice de Saturação de Transferrina (IST), Ferritina Sérica;
  - ✓ Ureia e Creatinina;
  - ✓ Ecocardiograma com PSAP (Apenas para os pacientes que possuem hipertensão arterial pulmonar (HAP) como critério de inclusão).
- 5. CÓPIA DE DOCUMENTOS** do paciente: **R.G, CPF e Cartão do SUS**.  
Cópia dos documentos pessoais do responsável legal e curatela, caso o paciente seja incapaz ou menor.
- 6. CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente.

### **LAUDO MÉDICO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS LME:**

-Todos os campos deverão estar preenchidos.

-Utilizar nome genérico do (s) medicamento(s) - Não serão protocolados pedidos identificados pelo nome comercial.

-Todas as solicitações de medicamentos deverão estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013 e suas atualizações.

-Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas.