

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO TRANSPLANTE HEPÁTICO ADULTO

Azatioprina, Ciclosporina, Everolimo, Metilprednisolona, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio, Tacrolimo
Z94.4 e T86.4

- 1. LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).
- 2. RECEITA MÉDICA**, pelo 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:
 - ✓ Laudo médico contendo: data do transplante e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados;
 - ✓ **DOCUMENTO QUE COMPROVE O TRANSPLANTE**;
 - ✓ **AUMENTO DE DOSE**: Para alterações do esquema imunossupressor é necessária a apresentação de relato médico justificando necessidade de mudança no tratamento. Aumento de dose (Ciclofosfamida/Tacrolimo/Everolimo/Sirolimo) anexar dosagem sérica atual.
- 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. 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.