

**ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO
ANEMIA – PACIENTES EM TRATAMENTO PARA HEPATITE “C”**

ALFAEPOETINA

FILGRASTIM

B17.1, B18.2

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico hepatologista/hematologista, **vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).**

Obs: TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS.

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:
 - ✓ Hemograma e plaquetas
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.

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!