

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE

BIOTINA
E 88.9

1. Via original do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos, preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão.

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:
 - ✓ Triagem neonatal para deficiência de biotinidase em recém-nascidos (teste do pezinho);
 - ✓ Medida da atividade enzimática em plasma, realizada por método colorimétrico ou fluorimétrico;
 - ✓ Relatório médico com a descrição das manifestações clínicas da doença, informando a idade de início dos sintomas.
5. **Cópia dos Documentos Pessoais** do paciente: **R.G., CPF e Cartão do SUS.** Cópia dos documentos pessoais do responsável legal e da 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!