

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO DIABETE MELITO TIPO 2

DAPAGLIFLOZINA

E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada pelo médico, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).
Obs: TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS.
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:
 - ✓ Glicemia de jejum, Hemoglobina Glicada, Creatinina sérica, e Proteinúria;
 - ✓ Colesterol Total e frações, Triglicérides;
 - ✓ Taxa de filtração glomerular;
 - ✓ Fundoscopia (a critério médico);
 - ✓ Formulário Médico para Solicitação de Dapagliflozina para o tratamento do Diabetes Mellito Tipo 2 (DMT2), disponível no site da Assistência Farmacêutica, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico prescritor.
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.