

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO HEMANGIOMA INFANTIL

ALFAINTERFERONA

D18.0

- 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).

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 que confirmem o diagnóstico:

- ✓ Ultrassom, endoscopia, tomografia ou ressonância;
- ✓ Hemograma;
- ✓ ALT/AST;
- ✓ TSH;
- ✓ TAP.

- 5. CÓPIA DE DOCUMENTOS** do paciente: **R.G., CPF e Cartão do SUS.**

Cópia dos documentos pessoais do responsável pelo recebimento do medicamento, caso o paciente esteja impossibilitado de fazê-lo.

- 6. CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente, semelhante ao endereço anotado no Laudo Médico ou uma Declaração de Residência.

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.