

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS

CICLOSPORINA E CICLOFOSFAMIDA

N04.9

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

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:

PARA TODOS:

- ✓ Creatinina, colesterol total e frações, triglicerídeos, glicose;
- ✓ Proteinúria 24h ou índice de proteína/creatinina em amostra de urina aleatória;
- ✓ Biópsia renal;
- ✓ **Para Ciclofosfamida** – também, BHCG – para mulheres em idade fértil, Hemograma completo.

5. CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS 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.