

# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS

CICLOSPORINA E CICLOFOSFAMIDA

N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8 e 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, glicemia de jejum;
- ✓ Proteinúria 24h ou índice de proteína/creatinina em amostra de urina aleatória;
- ✓ Biópsia renal;

**PARA CICLOFOSFAMIDA, acrescentar:**

- ✓  $\beta$ -HCG 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.