

## ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO TRANSPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO

Azatioprina, Ciclosporina, Everolimo, Metilprednisolona, Micofenolato de Sódio, Micofenolato de Mofetila, Sirolimo e Tacrolimo  
Z94.4 e T86.4

- 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).
- 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:  
**A critério do médico prescritor:**
  - ✓ Hemograma completo com plaquetas;
  - ✓ TGO, TGP, GGT e creatinina;
  - ✓ Potássio e sódio;
  - ✓ Bilirrubinas totais e frações.**Obrigatórios:**
  - ✓ Laudo médico contendo: data do transplante e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados.
  - ✓ **DOCUMENTO QUE COMPROVE O TRANSPLANTE.**
  - ✓ **SE AUMENTO DE DOSE:** Para alterações do esquema imunossupressor é necessária a apresentação de relato médico justificando necessidade de mudança no tratamento.
- 5. CÓPIA DE DOCUMENTOS** do paciente: **R.G, CPF e Cartão do SUS.** e Cópia dos documentos pessoais do Responsável legal (R.G e CPF) ou Curatela/Guarda.
- 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.