

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA

AZATIOPRINA, CICLOFOSFAMIDA, DANAZOL, IMUNOGLOBULINA HUMANA, ELTROMBOPAGUE e
ROMIPLOSTIM
D69.3

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **hematologista**, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).
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:
 - Para **todos os medicamentos**: Hemograma com plaquetas.
 - Para **Azatioprina**: A.S.T. e A.L.T.
 - Para **Danazol**: A.S.T. e A.L.T., Fosfatase Alcalina, Colesterol total e frações, Triglicerídeos.
 - Para **Ciclofosfamida**: Creatinina e Ultrassonografia abdominal.
 - Para **Eltrombopague e Romiplostim**: ALT, AST, Bilirrubina total e frações.
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.