

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS

AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, METILPREDNISOLONA e ADALIMUMABE
H30.1; H30.2; H30.8; H20.1; H15.0

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **Reumatologista ou Oftalmologista**, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).
Obs: TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS
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:
 - ✓ **PARA TODOS MEDICAMENTOS:** Exame de fundo de olho e relato médico do diagnóstico clínico e terapias prévias especificando se houve falha terapêutica, toxicidade ou contraindicação;
 - ✓ **PARA AZATIOPRINA:** Hemograma completo, A.S.T. (T.G.O.), A.L.T. (T.G.P.), G.G.T., Bilirrubinas totais e frações;
 - ✓ **PARA CICLOSPORINA:** Hemograma completo, potássio, magnésio, creatinina, ácido úrico, triglicérides e colesterol total e frações;
 - ✓ **PARA ADALIMUMABE:** Hemograma completo, AST, ALT, laudo da radiografia de tórax; PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, HIV, HCV e HBsAg.
Observação.: **em relação ao Adalimumabe, o paciente deve possuir idade igual ou superior a 18 anos, para tratamento de Uveítes Não Infecciosas.**

VALIDADE DOS EXAMES:

- ✓ Hemograma, plaquetas, AST e ALT, creatinina, ureia, sódio, potássio, ácido úrico, triglicerídeos, colesterol total e frações: 3 meses.
 - ✓ Raio X de Tórax: 12 meses;
 - ✓ PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA: 12 meses. Caso o paciente tenha exame positivo no passado, a validade é indeterminada. Neste caso, anexar junto ao exame declaração médica de que o paciente já fez quimioprofilaxia para TB.
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.

PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GENÉRICO DO(S) MEDICAMENTO(S)

Qualquer solicitação de medicamentos deverá estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013, e suas atualizações futuras, **não sendo aceito** os pedidos identificados pelo nome comercial.

ATENÇÃO: Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas!

