Assistência FARMACÊUTICA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - MS

Superintendência de Relações Intersetoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Assistência Farmacêutica Especializada

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA COM PREDOMINÂNCIA DE DEFEITOS DE ANTICORPOS

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G
D80.0, D80.1, D80.3, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8,
D83.0, D83.2, D83.8

1. Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico especialista para a patologia em questão.

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):
   - ✓ Hemograma com plaquetas;
   - ✓ Dosagem sérica de: ureia, creatinina, albumina, AST e ALT;
   - ✓ TP (tempo de protombina)
   - ✓ Concentração sérica das imunoglobulinas (IgG total, IgA IgM);
   - ✓ Avaliação da síntese ativa de anticorpos, uma das três dosagens abaixo:
     1. Dosagem das isohemaglutininas anti-A e anti-B;
     2. Dosagem dos anticorpos pós-vacinais (anti-tétano, anti-difteria), anti-rubéola, anti-hepatite B,anti-sarampo;
     3. Dosagem de anticorpos anti-polissacárides do pneumococo (pré e pós-vacinais);
   - ✓ Laudo médico ou exames que comprovem a ocorrência de infecções típicas;
   - ✓ Imunodeficiência Primária com predominância de defeitos de anticorpo.

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.