

RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PCDT: ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE
CID: D59.0,D59.1
Produto: CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 , CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA GRUPO 2 , CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 , IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B , IMUNOGLOBULINA HUMANA 1 G INJ (FR) GRUPO 1.B , IMUNOGLOBULINA HUMANA 3 G INJ (FR) GRUPO 1.B , IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B , IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A, IMUNOGLOBULINA HUMANA 6 G INJ (FR) GRUPO 1.B

EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)	Sim	Sim
Cópia do teste de Coombs direto (TCD)	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.

Exames
Cópia do exame de contagem de Reticulócitos
Cópia do exame de dosagem de Desidrogenase láctica (DHL)
Cópia do exame de dosagem de Haptoglobina
Cópia do teste de Donath-Landsteiner