

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

PCDT: HEPATITE C AGUDA E COINFECÇÕES

CID: B17.1

Produto: ALFAINTERFERONA 2B 3.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A, ALFAINTERFERONA 2B 5.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A

EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Nova Solicitação **Adequação**

Sim

Sim

Prescrição médica devidamente preenchida

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