

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

PCDT: RETOCOLITE ULCERATIVA
CID: K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8
Produto: CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 , CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2

EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Ácido úrico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Magnésio sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim
Cópia do exame de Lipidograma	Sim	Sim
Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica	Sim	Sim

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	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

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.

Documentos

Descrição clínica detalhada da monitorização da pressão arterial antes do tratamento em pelo menos duas ocasiões