

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

**PCDT:** TRANSPLANTE DE MEDULA OU PÂNCREAS  
**CID:** Z94.8  
**Produto:** CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 , ALFAEPOETINA 3.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B , CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 , ALFAEPOETINA 1.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B , ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A, ALFAEPOETINA 2.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A, ALFAEPOETINA 4.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A, AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 , METILPREDNISOLONA 500 MG PÓ LIOF INJ (AMP) GRUPO 2

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
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