

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

PCDT: Transplante de Pulmão

CID: Z94.2

Produto: CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 , AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 , METILPREDNISOLONA 500 MG PÓ LIOF INJ (AMP) GRUPO 2

EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos

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

Prescrição médica devidamente preenchida

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Nova Solicitação Adequação

Sim Sim

Sim Sim

Sim Não

Sim Não

Sim Não