



## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

**SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS, CRIANÇAS E ADOLESCENTES – CID-10: N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8 e N04.9**

### MEDICAMENTOS

- Ciclofosfamida 50 Mg Drágea;
- Ciclosporina 100 Mg Cap;
- Ciclosporina 100 Mg/ML Sol Oral (Fr);
- Ciclosporina 25 Mg Cap;
- Ciclosporina 50 Mg Cap;
- Micofenolato De Mofetila 500 Mg Comp;
- Micofenolato De Sódio 180 Mg Comp;
- Micofenolato De Sódio 360 Mg Comp;
- Tacrolimo 1 Mg Cap;
- Tacrolimo 5 Mg Cap;

### DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto)
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cópia do Comprovante de Residência

### DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO	RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	REAVALIAÇÃO (TROCA, AUMENTO OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LME</b> - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)</li><li>• <b>Prescrição Médica</b></li><li>• <b>Relatório Médico</b> constando: Data; Identificação do médico e do paciente; Diagnóstico informando a Síndrome Nefrótica; Indicação de medicamento; Evolução da doença; Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LME</b> - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)</li><li>• <b>Prescrição Médica</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LME</b> - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)</li><li>• <b>Prescrição Médica</b></li><li>• <b>Relatório Médico</b> constando: Data; Identificação do médico e do paciente; Diagnóstico informando a Síndrome Nefrótica; Indicação de medicamento; Evolução da doença; Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente</li></ul>

### OUTROS DOCUMENTOS A SEREM ASSINADOS PELO PACIENTE E MÉDICO

- Não se aplica

### EXAMES A SEREM APRESENTADOS

#### PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

- Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada (Sem validade);
- Cópia do exame de dosagem Albumina (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Lipidograma (válido 6 meses);
- Cópia do laudo de Biópsia renal (Facultativo);

#### RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO

- A critério do avaliador

#### REAVALIAÇÃO (TROCA, AUMENTO OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

- Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada (Sem validade);
- Cópia do exame de dosagem Albumina (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Lipidograma (válido 6 meses);



Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde

- Cópia do laudo de Biópsia renal (Facultativo);

**OBSERVAÇÕES**

- Tacrolimo 1 Mg Cap e Tacrolimo 5 Mg Cap somente para < de 18 anos;



Atualizado em 13/03/2023

