



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



### HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA – CID-10: E25.0

#### MEDICAMENTOS

- Fludrocortisona 0,1 Mg Comp;

#### 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	REAVLIAÇÃO (TROCA 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; Indicação de medicamento e tempo de tratamento; Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios.</li><li>• <b>Termo de Esclarecimento</b> – Hiperplasia Adrenal Congênita (Anexo I) preenchido e assinado pelo paciente e médico (no caso de assinatura do responsável pelo paciente apresentar IDENTIDADE e CPF do mesmo)</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; Indicação de medicamento e tempo de tratamento; Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios</li></ul>

#### EXAMES A SEREM APRESENTADOS

##### PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

- Cópia do exame de Hidroxiprogesterona (basal ou após estímulo com ACTH) (válido por 6 meses);
- Dosagem de potássio sérico (válido por 6 meses);
- Dosagem de sódio sérico (válido por 6 meses).

##### REAVLIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

- A critério do avaliador

#### OBSERVAÇÕES

- Não se aplica

