

Guia de Orientação ao Usuário

Anemia Aplástica, Mielodisplasia e Neutropenia Constitucionais

PCDT / CID 10: D46.0; D46.1; D46.7; D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; D7; Z94.8

1. Medicamentos

Filgrastim 300 mcg injetável, frasco-ampola.

2. Documentos a serem apresentados (original e cópia)

2.1. Documentos pessoais

Solicitação inicial

- () Carteira de Identidade – RG
- () Cadastro de Pessoa Física – CPF
- () Cartão Nacional de Saúde – CNS
- () Comprovante de Residência (*Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência*)
- () Declaração Autorizadora, *caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos*

2.1. Documentos a serem emitidos pelo Médico

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
<ul style="list-style-type: none"> () LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização De Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; () Receita Médica, com posologia para 3 (três) meses de tratamento. () Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; () Termo de Esclarecimento e Responsabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> () LME – Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; () Receita Médica, com posologia para 3 (três) meses de tratamento;

2.2. Exames

Solicitação inicial (CÓPIA DOS EXAMES)	Renovação a cada 3 (três) meses (CÓPIA DOS EXAMES)
<ul style="list-style-type: none"> () Hemograma completo com plaquetas; () Estudo morfológico de aspirado de medula óssea (somente em caso de uso crônico nas neutropenias congênitas e mielodisplasias). 	<ul style="list-style-type: none"> () Hemograma completo com plaquetas; () Creatinina; () Ácido Úrico; () AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO); () ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica -TGP); () Estudo morfológico de aspirado de medula óssea (somente em caso de uso crônico nas neutropenias congênitas e mielodisplasias) – a cada 12 meses

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade correspondente a patologia de que trate este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para Receber os Medicamentos

O Usuário ou seu Representante deve comparecer, na data agendada, à Farmácia de Maceió munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
2. Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
3. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
4. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 07/2013 e SAS/MS nº. 113, de 02/2016 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de Anemia Aplástica, Mielodisplasia e Neutropenias Constitucionais.

HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO 07:30hs às 16:30hs (renovação e dispensação) 07:30hs às 16h (cadastro inicial) Segunda a sexta	CENTRAL TELEFÔNICA 3315-6109 e 3315-6110, HORÁRIO DE ATENDIMENTO 07:30hs às 16:30hs. Segunda a sexta	PORTAL SESAU/LINK CEAF http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/assistencia-farmacologica/guias-de-orientacao/ (todas as letras devem ser minúsculas)
--	--	--

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**FILGRASTIM**

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento filgrastima, indicado para o tratamento de neutropenia.

Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- aumento do número de células brancas do sangue (neutrófilos);
- redução no tempo de neutropenia (células brancas reduzidas no sangue);
- redução na incidência de neutropenia grave;
- redução no tempo de neutropenia febril.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- não se sabe ao certo os riscos do uso deste medicamento na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente ao meu médico;
- não foi estabelecido se os medicamentos são eliminados pelo leite materno e não há relatos de problemas relacionados à amamentação em humanos; entretanto, é fundamental discutir com o médico antes de amamentar;
- câncer: existem indícios de que pacientes em uso desses medicamentos podem desenvolver câncer; porém, estudos mais aprofundados são necessários;
- podem ocorrer os seguintes eventos adversos: redução do número de glóbulos vermelhos (anemia), redução do número de plaquetas (o que pode acarretar sangramentos), aumento dos glóbulos brancos para valores acima dos níveis normais, risco de ocorrência de "síndrome mielodisplástica" e leucemia mieloide aguda, dor de cabeça, infarto do miocárdio, arritmias cardíacas, hipotensão, diminuição da função da tireoide (hipotireoidismo), aumento de ácido úrico no sangue (hiperuricemia), perda de apetite (anorexia), náusea, alterações no paladar, possibilidade de toxicidade pulmonar, possibilidade de toxicidade sobre o fígado e os rins, reações alérgicas de pele, dores nos ossos, músculos e articulações, sensibilidade à luz (fotofobia) e outros problemas oculares, reações anafiláticas, febre, aumento do tamanho do baço (esplenomegalia) e ruptura de baço (raro).

Fui também informado(a) de que estes medicamentos são utilizados para ajudar o organismo a produzir células brancas do sangue, prevenindo infecções em pacientes que estão com baixa resistência devido ao uso de outros medicamentos, transplantes ou portadores de doenças do sangue.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido, inclusive se desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico		_____ Data

Observação: Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias, ficando uma arquivada na farmácia e a outra entregue ao usuário ou seu responsável legal.


 Sistema Único de Saúde
 Ministério da Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

1- Nome do Paciente _____

2- CNS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3- Nome do estabelecimento do médico solicitante _____

4- CNES

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5- Medicamento

6- Quantidade solicitada

1º mês 2º mês 3º mês

	1º mês	2º mês	3º mês
1			
2			
3			
4			
5			

JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)

7- Diagnóstico _____

 8- CID-10
Principal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 9- CID-10
Secundário

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10- Anamnese _____

11- Alterações laboratoriais significativas _____

12- Tratamentos prévios _____

ATESTADO DE CAPACIDADE

13- A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

 NÃO

 SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual

poderá realizar a solicitação do medicamento _____

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante _____

15- Data da solicitação _____

16- Assinatura e carimbo do médico

18- Documento

 CPF

 CNS

17- Nº documento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DADOS COMPLEMENTARES DO PACIENTE

19- Data de nascimento _____

20- Altura (m) _____

21- Peso (Kg) _____

22- Sexo

 Masc

 Fem

23- Município de residência/UF _____

24- Endereço _____

25- Telefone de contato _____

26- Nome da mãe ou responsável _____

27- Nome do profissional responsável pelo preenchimento _____

28- Data preenchimento _____

31- Assinatura do responsável pelo preenchimento

29- Documento

 CPF

 CNS

30- Nº documento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA****DECLARAÇÃO AUTORIZADORA**

Pelo presente instrumento particular de _____, Nome do paciente
portador do documento de identidade nº _____, emitido pela _____ e do Nº identidade Órgão emissor/UF
Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº _____, **AUTORIZO** Nº CNS
_____, portador do documento de identidade Nome completo do representante
nº _____, emitido pela _____, domiciliado no endereço Nº identidade Órgão emissor/UF
_____, nº _____, bairro _____, no município Nome do logradouro
de _____, CEP _____, telefone _____ como meu Município/UF CEP da residência Telefone de contato
REPRESENTANTE para retirada de medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

- Grau de parentesco entre o representante e o paciente: _____
- Motivo da necessidade de representante:
 - Impossibilidade física
 - Município de residência diverso ao da farmácia
 - Incompatibilidade de horário
 - Outro. Especifique: _____
- Declaro serem verdadeiras as informações acima descritas e manifesto ciência de que a falsidade de informações configura falsificação de documento público, capitulada no artigo 297 do Código Penal Brasileiro, sendo passível de punição na forma da Lei.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável

Eu, _____, tendo sido instituído como REPRESENTANTE Nome do representante
do paciente _____, conforme descrição acima referida, Nome do paciente
comprometo-me a entregar todo o medicamento fornecido pela farmácia para utilização do paciente em questão, nas mesmas condições físicas, de temperatura e de uso a que me foram responsabilizadas, além de repassar todas as informações que me foram apresentadas durante a dispensação do(s) medicamento(s).

Data: ____/____/____

Assinatura do representante

* Para cadastro do representante, deverá ser apresentada a cópia do documento de identidade do representante.