

# Guia de Orientação ao Usuário

## Anemia em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Alfaepoetina

PCDT / CID 10: N18.0; N18.8.

### 1. Medicamento

Alfaepoetina 1.000 UI injetável, frasco-ampola;	Alfaepoetina 2.000 UI injetável, frasco-ampola;
Alfaepoetina 3.000 UI injetável, frasco-ampola;	Alfaepoetina 4.000 UI injetável, frasco-ampola;
Alfaepoetina 10.000 UI 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*

#### 2.2. Documentos a serem emitidos pelo Médico

##### Solicitação inicial

- ( ) 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.**

##### Renovação a cada 3 (três) meses

- ( ) 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;

#### 2.3. Exames

##### Solicitação inicial ( CÓPIA DE EXAMES)

- ( ) Hemograma;
- ( ) Índice de Saturação de Transferrina (IST em %);
- ( ) Ferritina sérica;
- ( ) TGF – Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina).

##### Renovação a cada 3 (três) meses ( CÓPIA DE EXAMES)

- ( ) Hemograma.

### 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 10 (dez) dias úteis;
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 Portaria SAS/MS nº 365, de 02/2017 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Anemia em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Alfaepoetina .

#### 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-farmacutica/guias-de-orientacao/>  
(todas as letras devem ser minúsculas)

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE****ALFAEPOETINA**

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 alfaepoetina, indicado para o tratamento da anemia na doença renal crônica.

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:

- correção da anemia e consequente redução da necessidade de transfusões;
- melhora sintomática e da qualidade de vida;
- redução no número de hospitalizações; e
- melhora da capacidade cognitiva e do desempenho físico.

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

- não se sabe ao certo os riscos do uso da alfaepoetina na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente ao meu médico;
- os efeitos adversos mais comumente relatados são os seguintes: tonturas, sonolência, febre, dores de cabeça, dores nas juntas e nos músculos, fraqueza e aumento da pressão arterial. Também podem ocorrer problemas graves no coração, como infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais (derrame), além da formação de trombos. Ausência da produção de células vermelhas do sangue foi relatada raramente após meses a anos de tratamento com alfaepoetina;
- reações no local da injeção, como queimação e dor, podem ocorrer, mas mais frequentemente em pacientes que receberam o medicamento por via subcutânea que por via intravenosa;
- o medicamento está contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) a ele ou aos componentes da fórmula e em casos de pressão alta não controlada; e
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que esse 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.

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 \_\_\_\_\_

1	2	3	4	5	6- Quantidade solicitada		
					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 \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade nº \_\_\_\_\_ emitido pela \_\_\_\_\_ e do Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº \_\_\_\_\_ **AUTORIZO** \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade nº \_\_\_\_\_ emitido pela \_\_\_\_\_, domiciliado no endereço \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, no município de \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_ como meu 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 do paciente \_\_\_\_\_, conforme descrição acima referida, 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.

