

Guia de Orientação ao Usuário

Aplasia Pura Adquirida Crônica da Série Vermelha (APASV)

PCDT / CID 10: D60.0

1. Medicamentos

Ciclofosfomida 50mg, drágea
 Ciclosporina 10, 25, 50 e 100mg, cápsulas e sol. Oral de 100mg/ml
 Imunoglobulina Humana 5,0g, 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 DOS EXAMES)

- Laudo da Biópsia e aspirado de Medula Óssea;
- Hemograma completo com contagem de Plaquetas e de Reticulócitos.
- anticorpos anti-B19 IgM no soro ou detecção do DNA viral soro por técnicas de biologia molecular
- Anti-HIV e Anti-HCV;
- Tomografia Computadorizada do Tórax.

Renovação a cada 3 (três) meses (CÓPIA DOS EXAMES)

- Hemograma completo c/ plaquetas;
- Creatinina;
- Gama-GT;
- ALT e AST (TGO e TGP);
- Bilirrubinas.

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. Tempo do tratamento da Ciclofosfamida preconizado para seis meses;
2. A resposta à Solicitação será emitida em até 10 (dez) dias úteis;
3. Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
4. 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;
5. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 07/2013 e SAS/MS nº 449 de 04/2016 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento de Aplasia pura adquirida crônica da série vermelha.

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
CICLOFOSFAMIDA, CICLOSPORINA E IMUNOGLOBULINA HUMANA**

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do(s) medicamento(s) ciclofosfamida, ciclosporina e imunoglobulina humana indicado(s) para o tratamento da aplasia pura adquirida da série vermelha. Os termos médicos 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 as SEGUINTE MELHORIAS:

- Recuperação da anemia com aumento do número de reticulócitos;
- Redução dos sintomas clínicos de anemia;
- Redução da necessidade de transfusões.

Fui também claramente informado a respeito das seguintes CONTRA-INDICAÇÕES, POTENCIAIS EFEITOS ADVERSOS E RISCOS:

- não se sabe ao certo os riscos do uso da ciclosporina e imunoglobulina na gravidez, portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente ao meu médico;
- a ciclofosfamida não deve ser usada durante a gestação pelo risco de má formação do feto.
- os efeitos adversos mais comumente relatados para os medicamentos são:
 - PARA CICLOSPORINA: problemas nos rins e fígado, tremores, aumento da quantidade de pêlos no corpo, pressão alta, aumento do crescimento da gengiva, aumento do colesterol e triglicérides, formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náuseas, vômitos, perda de apetite, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, sangramentos, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, aumento da quantidade de cálcio, magnésio e ácido úrico no sangue, toxicidade para os músculos, problemas respiratórios, sensibilidade aumentada a temperatura e aumento das mamas;
 - PARA CICLOFOSFAMIDA: náuseas, vômitos, perda de cabelo, risco aumentado de infecções, anemia, toxicidade para medula óssea, infecções na bexiga, risco de sangramento (redução do número de plaquetas);
 - PARA IMUNOGLOBULINA: dor de cabeça, calafrios, febre, reações no local de aplicação da injeção que incluem dor, coceira e vermelhidão. Problemas renais também já foram relatados (aumento de creatinina e uréia no sangue, seguido de oligúria e anúria, insuficiência renal aguda, necrose tubular aguda, nefropatia tubular proximal, nefrose osmótica).
- medicamentos estão contra-indicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos;
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

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 ser atendido, inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento.

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

- ciclofosfamida
- ciclosporina
- imunoglobulina humana

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

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 _____

29- 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 _____, Nº CNS **AUTORIZO**
_____, Nome completo do representante portador do documento de identidade
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.