

Guia de Orientação ao Usuário

Artrite Reumatóide e Artrite Idiopática Juvenil

PCDT / CID 10: M05.0; M05.1**; M05.2**; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8; M08.0*

1. Medicamentos DMARDS não Biológicos

Azatioprina 50mg, comprimido;
Leflunomida 20 mg, comprimido;
Metotrexato 2,5mg, comprimido;
Ciclosporina 25 mg, comprimido;
Ciclosporina 50 mg, comprimido;
Ciclosporina 100 mg, comprimido;
Ciclosporina 100mg/ml, solução oral;
Sulfasalazina 500 mg, comprimido;
Cloroquina 150 mg, comprimido;
Hidroxicloroquina 400 mg, comprimido.

1.2. Medicamentos DMARDS Biológicos

Certolizumabe pegol 200mg, seringa preenchida;
Etanercepte 25 mg, frasco-ampola;
Etanercepte 50 mg, frasco-ampola;
Adalimumabe 40 mg, seringa preenchida;
Golimumabe 50mg, seringa preenchida;
Rituximabe 500mg, frasco-ampola (infusão);
Tocilizumabe 80mg, frasco-ampola (infusão);
Abatacepte 250mg, frasco-ampola (infusão);
Infliximabe 100 mg, frasco-ampola (infusão).

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*

*O CID M08.0: estão contemplados para os medicamentos naproxeno, azatioprina, ciclosporina, cloroquina, hidroxicloroquina, leflunomida, metotrexato, abatacepte, infliximabe, etanercepte, adalimumabe e tocilizumabe.

** Os CID's M05.1 e M05.2: estão contemplados para os medicamentos azatioprina e ciclosporina.

2.2. Documentos a serem emitidos pelo Médico

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização De Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Receita Médica, com posologia para 3 (três) meses de tratamento. <input type="checkbox"/> Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; <input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.	<input type="checkbox"/> LME – Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Receita Médica, com posologia para 3 (três) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo Médico, descrevendo histórico do paciente e diagnóstico.

2.3. Exames

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
Para Azatioprina, Hidroxicloroquina, Ciclosporina, Cloroquina, Leflunomida, Sulfasalazina e Metotrexato: <input type="checkbox"/> Hemograma; <input type="checkbox"/> Creatinina; <input type="checkbox"/> AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO); <input type="checkbox"/> ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP); <input type="checkbox"/> Velocidade de Hemossedimentação – VSH OU Proteína C Reativa – PCR; <input type="checkbox"/> Fator Reumatóide (Látex) (não tem validade de prazo); <input type="checkbox"/> Radiografia de articulação acometida (laudo) OU outro exame de imagem – ultrassonografia OU ressonância magnética (não tem validade de prazo) <input type="checkbox"/> Radiografia simples de tórax (laudo)OU Tomografia de tórax (laudo) (validade de até um ano); <input type="checkbox"/> Exame oftalmológico (apenas para cloroquina e hidroxicloroquina).	Para Azatioprina, Hidroxicloroquina, Ciclosporina, Cloroquina, Leflunomida, Sulfasalazina e Metotrexato: <input type="checkbox"/> Hemograma; <input type="checkbox"/> Creatinina; <input type="checkbox"/> AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética TGO); <input type="checkbox"/> ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP); <input type="checkbox"/> Exame oftalmológico (a cada 5 anos apenas para cloroquina e hidroxicloroquina). Para Etanercepte, Adalimumabe, Infliximabe, Certolizumabe, Golimumabe, Abatacepte, Tocilizumabe e Rituximabe OBS: para o RITUXIMABE a RENOVAÇÃO será a cada 6 meses <input type="checkbox"/> Hemograma; <input type="checkbox"/> Creatinina; <input type="checkbox"/> AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética - TGO); <input type="checkbox"/> ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP); <input type="checkbox"/> Colesterol Total (a cada 6 meses, apenas para Tocilizumabe);

<p>Para Etanercepte, Adalimumabe, Infliximabe, Certolizumabe, Golimumabe, Abatacepte, Tocilizumabe e Rituximabe</p> <p><input type="checkbox"/> ANEXO da Artrite Reumatóide OU Artrite Idiopática Juvenil preenchida pelo prescritor;</p> <p><input type="checkbox"/> AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);</p> <p><input type="checkbox"/> ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);</p> <p><input type="checkbox"/> Hemograma;</p> <p><input type="checkbox"/> Creatinina;</p> <p><input type="checkbox"/> Velocidade de Hemossedimentação – VSH OU Proteína C Reativa – PCR;</p> <p><input type="checkbox"/> Fator Reumatóide (Látex) (não tem validade de prazo);</p> <p><input type="checkbox"/> Radiografia de articulação acometida (laudo) (não tem validade de prazo);</p> <p><input type="checkbox"/> Radiografia simples de tórax (laudo) ou Tomografia de tórax (laudo) (validade de até um ano);</p> <p><input type="checkbox"/> PPD (mantoux) (validade de até um ano);</p> <p><input type="checkbox"/> Sorologias para HBV, HCV (validade de até um ano);</p> <p><input type="checkbox"/> Mamografia para mulheres > 40 anos de idade (laudo) (validade de até um ano);</p> <p><input type="checkbox"/> PSA para homens (validade de até um ano);</p> <p><input type="checkbox"/> Colesterol total (apenas para tocilizumabe);</p> <p><input type="checkbox"/> HDL e LDL (apenas para tocilizumabe);</p> <p><input type="checkbox"/> Triglicerídeos (apenas para tocilizumabe);</p> <p><input type="checkbox"/> Dosagem IgG sérica (apenas para rituximabe).</p>	<p><input type="checkbox"/> HDL e LDL (a cada 6 meses, apenas para Tocilizumabe);</p> <p><input type="checkbox"/> Triglicerídeos (a cada 6 meses, apenas para Tocilizumabe);</p> <p><input type="checkbox"/> Dosagem IgG sérica (a cada 6 meses, apenas para Rituximabe).</p>
--	---

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. 710, de 27/06/2013 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da Artrite Reumatóide.

<p align="center">HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO</p> <p align="center">07:30hs às 16:30hs.</p> <p align="center">Segunda a sexta</p>	<p align="center">CENTRAL TELEFÔNICA</p> <p align="center">3315-6109 e 3315-6110, HORÁRIO DE ATENDIMENTO 07:30hs às 16:30hs.</p>	<p align="center">PORTAL SESAU/LINK CEAF</p> <p align="center">"portal.saude.al.gov.br/daf"</p> <p align="center">(todas as letras devem ser minúsculas)</p>
--	---	---

ANEXO para PRESCRITOR

**Formulário para INCLUSÃO e SUBSTITUIÇÃO DE TERAPIA
BIOLÓGICA/DMARDS
ARTRITE REUMATÓIDE E ARTRITE PSORIÁSICA**

Unidade de atendimento _____ CNS _____
 Paciente _____
 Idade _____ Tempo de Diagnóstico _____

ARTRITE REUMATÓIDE (critérios de 1987)
 CID: _____

- Critérios: (pelo menos 4)**
- Rigidez matinal > 1 hora
 - Artrite de mãos e punhos
 - Artrite de 3 ou + juntas
 - Artrite simétrica
 - Nódulos reumatóides
 - Fator reumatóide positivo
 - Osteopenia/Erosões

ARTRITE REUMATÓIDE INICIAL (critérios 2010)

- CID: _____
Critérios: (6 pontos para o diagnóstico)
 Artrite (numero de articulações comprometidas)
- 1 grande – 0 ponto
 - 2-10 grandes – 1 ponto
 - 1-3 pequenas – 2 pontos
 - 4-10 pequenas – 3 pontos
 - > 10 articulações (com pelo menos uma pequena) – 5 pontos
 - Fator reumatóide ou anti-CCP baixos títulos – 2 pontos
 - Fator reumatóide ou anti-CCP altos títulos – 3 pontos
 - PCR ou VSH elevados – 1 ponto
 - Duração ≥ 6 semanas – 1 ponto

ARTRITE PSORIÁSICA

- CID: _____
Critérios:
 Artrite + pelo menos 3 pontos
- Psoríase cutânea atual (2 p.)
 - História de psoríase (1 p.)
 - História familiar psoríase (1 p.)
 - Dactilite (1 p.)
 - Periostite ao RX (1 p.)
 - F. reumatóide negativo (1 p.)
 - Distrofia ungueal (1 p.)

EXAMES COMPLEMENTARES	Data
RX simples da articulação acometida OU Ultrasonografia OU Ressonância magnética <i>(não tem validade de prazo)</i>	
RX de tórax OU tomografia de torax: <i>(validade de até 1 ano)</i>	
Mamografia: (Só para mulheres acima de 40 anos) <i>(validade até 1 ano)</i> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada	
<input type="checkbox"/> VHS: _____ ou _____ <input type="checkbox"/> PCR: _____	
Fator reumatóide: <i>(não tem validade de prazo)</i> <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo Título: _____	
PPD (Mantoux) <i>(validade até 1 ano):</i>	
PSA <i>(validade até 1 ano)::</i>	
Sorologia hepatite B: <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <i>(validade até 1 ano)</i>	
Sorologia hepatite C: <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <i>(validade até 1 ano)</i>	
Sorologia HIV: <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <i>(validade até 1 ano)</i>	

ÍNDICE DE ATIVIDADE DA DOENÇA - CDAI (Artrite reumatóide e artrite psoriásica)	Valor
1. Nº articulações dolorosas (0-28)	
2. Nº articulações edemaciadas (0-28)	
3. Avaliação da doença pelo paciente (VASp 0 a 10 mm)	
4. Avaliação da doença pelo médico (VASm 0 a 10 mm)	
VALOR TOTAL (1+2+3+4)	

ESQUEMAS TERAPÊUTICOS REALIZADOS

1. **Anti-inflamatórios não hormonais** – Qual (is) _____
Dose: _____ Tempo: _____
2. **Corticosteróides** – Qual (is) _____
Dose: _____ Tempo: _____
3. **DMARDS**
 - () Metotrexate - Dose: _____ Tempo: _____
 - () Antimalárico - Dose: _____ Tempo: _____
 - () Leflunomida - Dose: _____ Tempo: _____
 - () Sulfassalazina - Dose: _____ Tempo: _____
4. **Biológicos**
 - () Infliximabe - Dose: _____ Tempo: _____
 - () Etanercepte - Dose: _____ Tempo: _____
 - () Adalimumabe - Dose: _____ Tempo: _____
 - () Golimumabe - Dose: _____ Tempo: _____
 - () Certolizumabe - Dose: _____ Tempo: _____
 - () Abatacepte - Dose: _____ Tempo: _____
 - () Rituximabe - Dose: _____ Tempo: _____
 - () Tocilizumabe - Dose: _____ Tempo: _____

INICIADO PROFILAXIA PARA TUBERCULOSE LATENTE?

() NÃO () SIM Data: _____

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

NAPROXENO, CLOROQUINA, HIDROXICLOROQUINA, SULFASSALAZINA, METOTREXATO, AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, LEFLUNOMIDA, METILPREDNISOLONA, ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE PEGOL, ETANERCEPTE, INFILIXIMABE, GOLIMUMABE, ABATACEPTE, RITUXIMABE E TOCILIZUMABE

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de naproxeno, cloroquina, hidroxicloroquina, sulfassalazina, metotrexato, azatioprina, ciclosporina, leflunomida, metilprednisolona, adalimumabe, certolizumabe pegol, etanercepte, infliximabe, golimumabe, abatacepte, rituximabe e tocilizumabe, indicados para o tratamento da artrite reumatoide.

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

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis. Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer os seguintes benefícios:

Prevenção das complicações da doença;

Controle da atividade da doença;

Melhora da capacidade de realizar atividades funcionais;

Melhora da qualidade de vida.

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

Os riscos na gestação e na amamentação já são conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;

Medicamentos classificados na gestação como categoria B (estudos em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; risco para o bebê muito improvável): infliximabe, etanercepte, adalimumabe, golimumabe, certolizumabe pegol e sulfassalazina (no primeiro trimestre);

Medicamentos classificados na gestação como categoria C (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos): cloroquina, hidroxicloroquina, ciclosporina, metilprednisolona, abatacepte, rituximabe, tocilizumabe e naproxeno (este último, nos primeiro e segundo trimestres de gestação).

Medicamento classificado na gestação como categoria D (há evidências de riscos ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos) sulfassalazina (no terceiro trimestre de gestação) e azatioprina. Naproxeno e demais antiinflamatórios não esteroidais também se apresentam nesta categoria quando utilizados no terceiro trimestre de gestação ou próximo ao parto.

Medicamentos classificados na gestação como categoria X (estudos em animais ou em humanos claramente mostraram risco para o bebê que suplantam quaisquer potenciais benefícios, sendo contraindicados na gestação): leflunomida e metotrexato;

Efeitos adversos do naproxeno: dor abdominal, sede, constipação, diarreia, dispneia, náuseas, estomatite, azia, sonolência, vertigens, enxaquecas, tontura, erupções cutâneas, prurido, sudorese, ocorrência de distúrbios auditivos e visuais, palpitações, edemas, dispepsia e púrpura;

Efeitos adversos da azatioprina: diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, problemas no fígado, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, perda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos (retinopatia), falta de ar, pressão baixa;

Efeitos adversos de cloroquina e hidroxicloroquina: distúrbios visuais com visão borrada e fotofobia, edema macular, pigmentação anormal, retinopatia, atrofia do disco óptico, escotomas, diminuição da acuidade visual e nistagmo; outras reações: problemas emocionais, dores de cabeça, tonturas, movimentos involuntários, cansaço, branqueamento e queda de cabelos, mudanças da cor da pele e alergias leves a graves, náuseas, vômitos, perda de apetite, desconforto abdominal, diarreia, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), parada na produção de células brancas pela medula óssea (agranulocitose), diminuição de células brancas do sangue e de plaquetas, destruição das células do sangue (hemólise); reações raras: miopatia, paralisia, zumbido e surdez;

Efeitos adversos da sulfassalazina: dores de cabeça, aumento da sensibilidade aos raios solares, alergias de pele graves, dores abdominais, náuseas, vômitos, perda de apetite, diarreia, hepatite, dificuldade para engolir, diminuição do número dos glóbulos brancos no sangue, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), anemia por destruição aumentada dos glóbulos vermelhos do sangue (anemia hemolítica), diminuição do número de plaquetas no sangue, falta de ar associada a tosse e febre (pneumonia intersticial), dores articulares, cansaço e reações alérgicas;

Efeitos adversos da ciclosporina: disfunção renal, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, hipertrofia gengival, aumento dos níveis de colesterol e triglicerídios, formigamentos, dor no peito, infarto do miocárdio, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náusea, vômitos, perda de apetite, gastrite, úlcera péptica, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, hemorragias, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, síndrome hemolítico-urêmica, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, hiperpotassemia, hipomagnesemia, hiperuricemia, toxicidade para os músculos, disfunção respiratória, sensibilidade aumentada a temperatura e reações alérgicas, toxicidade renal e hepática e ginecomastia;

Efeitos adversos da metiprednisolona: retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, problema nos ossos (osteoporose), problemas de estômago (úlceras), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação, e manifestação de diabetes melito;

Efeitos adversos do metotrexato: convulsões, encefalopatia, febre, calafrios, sonolência, queda de cabelo, espinhas, furúnculos, alergias de pele leves a graves, sensibilidade à luz, alterações da pigmentação da pele e de mucosas, náuseas, vômitos, perda de apetite, inflamação da boca, úlceras de trato gastrointestinal, hepatite, cirrose e necrose hepática, diminuição das células brancas do sangue e das plaquetas, insuficiência renal, fibrose pulmonar e diminuição das defesas imunológicas do organismo com ocorrência de infecções;

Efeitos adversos da leflunomida: pressão alta, dor no peito, palpitações, aumento do número de batimentos do coração, vasculite, varizes, edema, infecções respiratórias, sangramento nasal, diarreia, hepatite, náuseas, vômitos, perda de apetite, gastrite, gastroenterite, dor abdominal, azia, gases, ulcerações na boca, pedra na vesícula, prisão de ventre, desconforto abdominal, sangramento nas fezes, candidíase oral, aumento das glândulas salivares, boca seca, alterações dentárias, distúrbios do paladar, infecções do trato geniturinário, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, tonturas, febre, sonolência, distúrbios do sono, formigamentos, alteração da cor e queda de cabelo, alergias de pele, coceira, pele seca, espinhas, hematomas, alterações das unhas, alterações da cor da pele, úlceras de pele, hipopotassemia, diabetes melito, hiperlipidemia, hipertireoidismo, desordens menstruais, dores pelo corpo, alteração da visão, anemia, infecções e alteração da voz;

Efeitos adversos de adalimumabe, etanercepte, infliximabe, certolizumabe pegol e golimumabe: reações no local da aplicação da injeção como dor e coceiras, dor de cabeça, tosse, náuseas, vômitos, febre, cansaço, alteração na pressão arterial; reações mais graves: infecções oportunistas fúngicas e bacterianas do trato respiratório superior, como faringite, rinite, laringite, tuberculose, histoplasmose, aspergilose e nocardiose, podendo, em casos raros, ser fatal;

Efeitos adversos de abatacepte e rituximabe: reações no local da aplicação da injeção ou reações alérgicas durante ou após a infusão, dor de cabeça, nasofaringite, enjoos e risco aumentado a uma variedade de infecções, como herpes-zóster, infecção urinária, gripe, pneumonia, bronquite e infecção localizada. A tuberculose pode ser reativada ou iniciada com o uso do medicamento e aumento de risco para alguns tipos de câncer (abatacepte). O vírus da hepatite B pode ser reativado (rituximabe);

Efeitos adversos do tocilizumabe: reações no local da aplicação da injeção e durante a infusão, alergias, coceira, urticária, dor de cabeça, tonturas, aumento da pressão sanguínea, tosse, falta de ar, feridas na boca, aftas, dor abdominal e risco aumentado a uma variedade de infecções, como infecções de vias aéreas superiores, celulite, herpes simples e herpes-zóster, alterações nos exames laboratoriais (aumento das enzimas do fígado, bilirrubinas, aumento do colesterol e triglicerídios);

Alguns medicamentos biológicos aumentam o risco de tuberculose, devendo ser realizada antes do início do tratamento pesquisa de infecção ativa ou de tuberculose latente, para tratamento apropriado;

Medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula;

O risco de ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

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

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

() Sim () Não

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

() naproxeno () cloroquina () hidroxicloroquina () sulfassalazina () metotrexato () azatioprina () ciclosporina
() leflunomida () metilprednisolona () adalimumabe () certolizumabe pegol () etanercepte () infliximabe
() golimumabe () abatacepte () rituximabe () tocilizumabe

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: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

NOTA 1 - A administração intravenosa de metilprednisolona é compatível com o procedimento 03.03.02.001-6 - Pulsoterapia I (por aplicação), da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS.

NOTA 2 - A administração intravenosa de ciclofosfamida é compatível com o procedimento 03.03.02.002-4 - Pulsoterapia II (por aplicação), da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS.

NOTA 3 - A administração intra-articular de metilprednisolona é compatível com o procedimento 03.03.09.003-0 - Infiltração de substâncias em cavidade sinovial, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS.



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
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 _____ 28- Nome da mãe ou responsável _____

27- Nome do profissional responsável pelo preenchimento _____ 29- Data preenchimento _____ 31- Assinatura do responsável pelo preenchimento _____

29- Documento CPF CNS 30- Nº documento _____



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Pelo presente instrumento particular de _____, Nome do paciente
portador do documento de identidade nº _____, Nº Identidade emitido pela _____ e do Órgão emissor/UF
Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº _____, Nº CNS **AUTORIZO**
_____, Nome completo do representante portador do documento de identidade
nº _____, Nº Identidade emitido pela _____, Órgão emissor/UF domiciliado no endereço
_____, Nome do logradouro nº _____, bairro _____, no município
de _____, Município/UF CEP _____, CEP da residência telefone _____, Telefone de contato 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, _____, Nome do representante tendo sido instituído como REPRESENTANTE
do paciente _____, Nome 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.