

# Guia de Orientação ao Usuário Dislipidemias

PCDT / CID 10: E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8

## 1. Medicamentos Hipolipemiantes

1.1 Estatinas	1.2 Fibratos
Atorvastatina 10 mg, comprimido; Atorvastatina 20 mg, comprimido; Atorvastatina 40 mg, comprimido; Atorvastatina 80 mg, comprimido;	Ciprofibrato 100 mg, comprimido;

## 2. Documentos a serem apresentados (original e cópia)

### 2.1. Documentos pessoais

Solicitação inicial
<input type="checkbox"/> Carteira de Identidade – RG <input type="checkbox"/> Cadastro de Pessoa Física – CPF <input type="checkbox"/> Cartão Nacional de Saúde – CNS <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência ( <i>Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência</i> ) <input type="checkbox"/> Declaração Autorizadora, <i>caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos</i>

### 2.2. Documentos a serem emitidos pelo Médico

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização De Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> <b>Receita Médica</b> , com posologia para 3 (três) meses de tratamento. <input type="checkbox"/> <b>Laudo Médico</b> , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; Descrição detalhada dos sinais e sintomas informando minimamente um dos seguintes pontos: i) fator de risco cardiovascular maior se paciente portador de diabetes melito; ii) risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham; iii) evidência clínica de doença aterosclerótica; iv) diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar (conforme Critérios Diagnósticos de Hipercolesterolemia Familiar - OMS, 1999) <input type="checkbox"/> <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</b>	<input type="checkbox"/> <b>LME</b> – Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> <b>Receita Médica</b> , com posologia para 3 (três) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> <b>Laudo Médico</b> , descrevendo histórico do paciente e diagnóstico.

### 2.3. Exames

Solicitação inicial (CÓPIA DOS EXAMES)	Renovação anualmente (CÓPIA DOS EXAMES)
<b>Estatinas</b> <input type="checkbox"/> AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO); <input type="checkbox"/> ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP); <input type="checkbox"/> Perfil Lipídico Completo (Colesterol Total, HDL e LDL e Triglicerídeos); <input type="checkbox"/> Hormônio Estimulador da Tiroxina – TSH; <input type="checkbox"/> B-HCH Sérico – Mulheres em idade fértil Facultativo; <input type="checkbox"/> Creatinofosfoquinase Total – CPK; Fibratos (além dos citados acima); <input type="checkbox"/> Dosagem de Potássio(K); <input type="checkbox"/> Dosagem de Creatinina.	<input type="checkbox"/> Creatinofosfoquinase Total – CK. <input type="checkbox"/> AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO); <input type="checkbox"/> ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP); <input type="checkbox"/> Perfil Lipídico Completo (Colesterol Total, HDL e LDL e Triglicerídeos); <input type="checkbox"/> Hormônio Estimulador da Tiroxina – TSH;

## 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 SAS/MS nº. 200, de 02/2013 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento das Dislipidemias.

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

## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE DE HIPOLIPEMIANTES

Eu, ..... (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso dos medicamentos **hipolipemiantes**, incluindo inibidores da enzima HMG-CoA redutase (estatinas), fibratos e ácido nicotínico, para o tratamento das **dislipidemias**.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas 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 por eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado(a) de que o medicamento pode trazer os seguintes benefícios:

- diminuição dos níveis de colesterol e triglicerídios ;
- diminuição da mortalidade e de doenças decorrentes dos níveis aumentados de colesterol e triglicerídios;
- melhora dos sintomas e da qualidade de vida do paciente com angina;
- diminuição do número de hospitalizações e necessidade de procedimentos de revascularização miocárdica.

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

- o uso dos medicamentos não substitui outras medidas para diminuição dos níveis de colesterol e triglicerídios, tais como dieta adequada, controle do peso e atividade física;
- um dos efeitos adversos mais graves e de maior risco que necessita interrupção destes medicamentos, porém de incidência rara, é a miosite (inflamação dos músculos), que, se não identificada, pode evoluir para perda da função renal. Já foram descritos casos fatais de lesão muscular (rabdomiólise) e insuficiência renal com este grupo de fármacos;
- o risco de rabdomiólise aumenta com o uso concomitante destes medicamentos;
- medicamentos contra-indicados em casos de hipersensibilidade (alergia);
- \_ **Estatinas** (atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, sinvastatina): • são classificadas, na gestação, como fator de risco X (não é recomendado o uso de estatinas durante a gestação e amamentação ou em mulheres que planejam ter filhos num futuro próximo);
- as estatinas, em doses usuais, são bem toleradas, com incidência baixa de efeitos adversos;
- o risco de aparecimento de efeitos adversos aumenta com o uso concomitante de estatinas e outros agentes antilipidêmicos ou outros fármacos metabolizados pelo fígado; não utilizar outros medicamentos sem o conhecimento do médico;
- os efeitos adversos mais freqüentemente relatados incluem prisão de ventre, diarreia, gases, dor de estômago, tontura, dor de cabeça, náuseas, alergias de pele;
- os efeitos adversos relatados com menos frequência, porém que necessitam de atenção médica imediata, incluem dores musculares, câibras, febre, cansaço, fraqueza, que caracterizam quadros de mialgia, miosite ou rabdomiólise;
- Os mais raros incluem impotência e insônia.

\_ **Fibratos** (bezafibrato, ciprofibrato, clofibrato, etofibrato, fenofibrato, gemfibrozil) fui informado que:

- são classificadas, na gestação, como fator de risco 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 que os riscos; comunicar ao médico em caso de gravidez durante o tratamento);
- o clofibrato e o fenofibrato estão contra-indicados durante a lactação; não está esclarecido se gemfibrozil passa para o leite materno; o tratamento com estes medicamentos durante o aleitamento materno deve ser avaliado criteriosamente pelo médico;
- os fibratos podem induzir ao aparecimento de cálculos biliares, sendo contra-indicados em pacientes com esta doença;
- os efeitos adversos para os fibratos já relatados incluem desordens hematológicas (como anemia, leucopenia e trombocitopenia), angina, arritmias cardíacas, pancreatite, cálculos biliares, toxicidade renal e hepática, sintomas gripais, exacerbação de ulcera péptica, pancreatite, colelitíase, coceiras generalizadas e alergias de pele.

\_ **Ácido nicotínico:**

- não têm sido documentadas anormalidades sobre a gestação em humanos com doses usuais, entretanto não há estudos científicos a respeito;
- não há relatos de problemas ocasionados pelo uso do medicamento durante a amamentação;
- os efeitos adversos de incidência menos freqüentes incluem dor de cabeça, calorões no rosto e pescoço;
- os efeitos adversos de incidência rara incluem reações alérgicas;

• com doses mais altas podem ocorrer arritmias cardíacas, diarreia, tonturas, secura dos olhos e pele, aumento de glicose no sangue, dores nas articulações e nos músculos, aumento do ácido úrico no sangue, náuseas, vômitos, dor de estômago e coceiras;

• possibilidade de ocorrência de hepatotoxicidade em pacientes que substituem a “forma de liberação modificada” para a “forma de liberação imediata” do medicamento.

Estou ciente de que pode haver necessidade de mudança das doses, assim como do tipo de medicamentos que farão parte do meu tratamento.

Estou da mesma forma ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

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

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

O meu tratamento constará de um ou da combinação dos seguintes medicamentos:

( ) Atorvastatina ( ) Fluvastatina ( ) Ácido Nicotínico

( ) Lovastatina ( ) Genfibrozila ( ) Bezafibrato

( ) Pravastatina ( ) Ciprofibrato ( ) Etofibrato

( ) Sinvastatina ( ) Clofibrato

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

Observações:

1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.

2. Este Termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e a outra será entregue ao paciente


 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**

	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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_, 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:
 

<input type="checkbox"/> Impossibilidade física	<input type="checkbox"/> Município de residência diverso ao da farmácia
<input type="checkbox"/> Incompatibilidade de horário	<input type="checkbox"/> 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.