

Guia de Orientação ao Usuário

Doença Falciforme

PCDT / CID 10: D57.0; D57.1; D57.2

(A TALASSEMIA BETA (D56.1) E OUTRAS TALASSEMIAS (D56.8) INCLUEM-SE NOS TRANSTORNOS HETEROZIGÓTICOS DUPLOS (D57.2))

1. Medicamentos

Hidroxiuréia 500 mg, cápsula

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, a evolução dos últimos 12 meses 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;
- Laudo Médico**, descrevendo histórico do paciente e diagnóstico.

2.3. Exames

Solicitação inicial (CÓPIA DOS EXAMES)

- Eletroforese de hemoglobina com HbF ;
- Hemograma completo com plaquetas ;
- Contagem de Reticulócitos;
- Desidrogenase láctica - DHL (Facultativo);
- Beta HCG (mulheres em idade fértil).
- TESTE HIV

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

- Hemograma completo com plaquetas;
- Contagem de Reticulócitos;
- Creatinina;
- AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética - TGO);
- ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP)

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 pela Portaria conjunta nº 05, de 19 de fevereiro de 2018 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da Doença Falciforme.

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

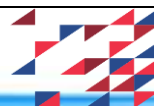
07:30hs às 16:30hs.

Segunda a sexta

PORTAL SESAU/LINK CEAF

[http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/assistencia-](http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/assistencia-farmaceutica/guias-de-orientacao/)[farmaceutica/guias-de-orientacao/](http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/assistencia-farmaceutica/guias-de-orientacao/)

(todas as letras devem ser minúsculas)



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE DE
HIDROXIUREIA

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 do medicamento **hidroxiuréia**, para o tratamento da **doença falciforme**.

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 decorrentes.

Assim, declaro que:

Estou ciente de que o uso desse medicamento está indicado somente nos casos mais graves dessa doença.

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

- diminuição do número de crises dolorosas;
- diminuição da necessidade de transfusões sanguíneas e de hospitalizações;
- diminuição da anemia com aumento discreto da concentração total da hemoglobina.

Declaro ter sido orientado(a) sobre os possíveis efeitos adversos, contra-indicações e riscos:

• **Sangue:** redução do número de glóbulos brancos (leucopenia e neutropenia), podendo diminuir muito a resistência a infecções. Redução do número de glóbulos vermelhos (anemia). Redução do número de plaquetas, o que pode acarretar sangramentos. Alguns pacientes que utilizam essa medicação necessitam, em algum momento, interromper o tratamento para que as contagens de células sanguíneas voltem aos valores adequados;

• **Gravidez:** risco de causar alterações graves sobre o feto (categoria D - há evidências de riscos ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos), até mesmo fatais, em caso de gravidez durante o uso de hidroxiuréia. É fundamental que a gravidez seja evitada durante o tratamento;

• **Amamentação:** este medicamento é eliminado pelo leite materno, porém não se conhece o efeito sobre o bebê. Desta forma, é fundamental discutir com o médico antes de amamentar;

• **Reprodução:** pode causar redução da capacidade reprodutiva de homens e mulheres;

• **Câncer:** existem indícios de que pacientes em uso desta medicação podem desenvolver câncer, principalmente leucemia e câncer de pele;

• **Crianças:** embora várias pesquisas demonstrem benefícios do tratamento em crianças a partir dos 3 anos de idade, os efeitos adversos nessa faixa etária não estão bem estudados;

• **Possibilidade de ocorrência de:** cansaço, cefaléia, tonturas, desorientação e alucinações, estomatite, perda de apetite, náuseas, vômitos, diarreia, prisão de ventre e dor de estômago, elevação de enzimas hepáticas, hepatite medicamentosa, infiltrado pulmonar e fibrose pulmonar, erupções maculopapulares, eritema facial e periférico, hiperpigmentação das unhas, ulceração da pele e alterações como dermatomiosite, queda de cabelos, câncer de pele, perda de função renal, elevação dos níveis sanguíneos de uréia, creatinina e ácido úrico, febre, calafrios, mal-estar.

Declaro ter sido orientado(a) a:

- comparecer às consultas periódicas conforme agendadas e a realizar os exames e avaliações solicitados pelo médico;
- não usar outros remédios sem orientação médica;
- não doar sangue durante o tratamento;
- comunicar ao médico ou farmacêutico o aparecimento de algum sintoma que indique uma reação adversa.

Estou 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 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.

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 _____

1	2	3	4	5	6- Quantidade solicitada		
					1º mês	2º mês	3º mês

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

7- Diagnóstico _____ 6- CID-10 Principal _____ 8- 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 _____, Nº CNS **AUTORIZO**
_____, 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.

