

Guia de Orientação ao Usuário

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica / DPOC

PCDT / TAC / CID 10: J44.0; J44.1; J44.8; J44.9

1. Medicamentos

Tiotrópio, brometo solução para inalação 2,5 mcg
Salmeterol, xinafoato + Fluticasona pó para inalação oral 50 + 500 mcg
Indacaterol, maleato cápsula 150mcg;
Formoterol 12 mcg + Budesonida 400 mcg, cápsula inalante;
Formoterol 6 mcg + Budesonida 200 mcg, cápsula inalante;

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	Renovação a cada 3 (três) meses
<ul style="list-style-type: none"> () 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. 	<ul style="list-style-type: none"> () 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. <p>Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar..</p>

2.3. Exames

Solicitação inicial (CÓPIA DOS EXAMES)	Renovação Anualmente (CÓPIA DOS EXAMES)
<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> () Espirometria com prova broncodilatadora (pré e pós). <p>Tiotrópio, Salmeterol e Indacaterol, também:</p> <ul style="list-style-type: none"> () Índice de dispnéia do MRC; e/ou Escala de qualidade de vida – CAT. () Laudo Médico p/ DPOC 	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> () Espirometria com prova broncodilatadora (pré e pós). <p>Tiotrópio, Salmeterol e Indacaterol, também:</p> <ul style="list-style-type: none"> () Índice de dispnéia do MRC; e/ou Escala de qualidade de vida – CAT.

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. 609, de junho/2013 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

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- farmaceutica/guias-de-orientacao/ (todas as letras devem ser minúsculas)
---	--	---

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

**FORMOTEROL, FORMOTEROL+BUDESONIDA, SALMETEROL+FLUTICASONA,
TIOTRÓPIO. INDACATEROL**

Eu, _____ (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso dos medicamentos **Ipratrópio, Formoterol, Formoterol+Budesonida, Salmeterol+Fluticasona, Indacaterol e Tiotrópio** para pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Estou ciente de que este(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) 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.

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

Ipratrópio

Podem ocorrer as seguintes reações adversas: Reações alérgicas como rash cutâneo, prurido, angioedema de língua, vômitos, diarreia, constipação, cefaleia e boca seca. Pacientes predispostos ao glaucoma de ângulo fechado, obstrução do colo da bexiga ou hiperplasia da próstata devem usar o medicamento com prudência. Contra-indicada em caso de hipersensibilidade ao fármaco ou aos componentes da fórmula. O medicamento não deve ser utilizado em pacientes grávidas ou que pretendam engravidar.

Formoterol

Podem ocorrer as seguintes reações adversas: tremores, palpitações, alterações cardíacas, alterações mínimas da pressão arterial e da frequência cardíaca, câibras musculares, cefaleia, vertigem, ansiedade, fadiga, insônia, tosse e em altas doses pode causar aumento significativo de glicemia. Contra-indicado em caso de hipersensibilidade ao fármaco ou aos componentes da fórmula. O medicamento não deve ser utilizado em pacientes grávidas ou que pretendam engravidar.

Formoterol + Budesonida

Pode ocorrer: palpitação, candidíase na orofaringe, cefaleia, tremores, irritação na garganta, tosse, rouquidão, náuseas, câibras musculares, tontura, agitação, ansiedade, nervosismo, perturbação do sono. Contra-indicada em caso de hipersensibilidade ao fármaco ou aos componentes da fórmula. O medicamento não deve ser utilizado em pacientes grávidas ou que pretendam engravidar.

Salmeterol+Fluticasona

Pode ocorrer: irritação na garganta, candidíase (sapinho) na boca e na garganta e palpitações. Contra indicado a pacientes com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da fórmula.

Tiotrópio

Podem ocorrer as seguintes reações adversas: Boca seca, vertigem, distúrbios respiratórios, torácicos, distonia, broncoespasmos, tosse, faringite, estomatite, insônia, visão embaçada. Pacientes predispostos ao glaucoma de ângulo fechado, obstrução do colo da bexiga ou hiperplasia da próstata devem usar o medicamento com prudência. Contra-indicado em caso de hipersensibilidade ao fármaco ou aos componentes da fórmula. O medicamento não deve ser utilizado em pacientes grávidas ou que pretendam engravidar.

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

Autorizo o Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado e dos Municípios a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, para fins de pesquisa, 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 do seguinte medicamento:

Ipratrópio, Formoterol, Formoterol+Budesonida, Salmeterol+Fluticasona, Tiotrópio. Indacaterol

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 é imprescindível 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		
		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 _____, portador do documento de identidade nº _____ e do Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº _____, portador do documento de identidade nº _____, 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.