

# Guia de Orientação ao Usuário Sobrecarga de Ferro

PCDT / CID 10: T45.4; E83.1

## 1. Medicamentos

Desferroxamina de 500mg, F.A.  
Deferiprona de 500mg, comprimido  
Deferasirox de 125, 250 e 500mg, comprimido

## 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"><li><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</li><li><input type="checkbox"/> Receita Médica, com posologia para 3 (três) meses de tratamento;</li><li><input type="checkbox"/> Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;</li><li><input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</li><li><input type="checkbox"/> Receita Médica, com posologia para 3 (três) meses de tratamento;</li><li><input type="checkbox"/> Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente, em caso de alteração da terapêutica.</li></ul>

### 2.3. Exames

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
<p>Para Deferasirox:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Anti-HCV</li><li><input type="checkbox"/> B-HCG sérico para mulheres em idade fértil</li><li><input type="checkbox"/> Creatinina</li><li><input type="checkbox"/> Proteinúria de 24hs ou isolada</li><li><input type="checkbox"/> HBsAg</li><li><input type="checkbox"/> Taxa de Filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)</li></ul> <p>Para Deferiprona</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> B-HCG sérico</li><li><input type="checkbox"/> Hemograma</li></ul> <p>Para Desferroxamina</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Taxa de Filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)</li><li><input type="checkbox"/> Avaliação da Acuidade Visual</li></ul> <p>A critério médico:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Índice de Saturação de Transferrina</li><li><input type="checkbox"/> Ferritina sérica</li></ul>	<p>Todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Hemograma</li><li><input type="checkbox"/> AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);</li><li><input type="checkbox"/> ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);</li><li><input type="checkbox"/> Ferritina Sérica</li><li><input type="checkbox"/> Creatinina</li></ul>

## 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. 1.324 de 25/11/2013 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da Sobrecarga de Ferro.

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

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE  
DESFERROXAMINA, DEFERIPRONA E DEFERASIROX**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **desferroxamina, deferiprona e deferasirox** para o tratamento de **sobrecarga de ferro**.

Os termos médicos foram explicados e todas as 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 os seguintes benefícios:

- diminuição dos estoques de ferro do organismo;
- diminuição das complicações decorrentes do excesso de ferro, como as cardíacas e hepáticas; e
- diminuição da mortalidade em portadores de talassemia.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso deste medicamento:

desferroxamina e deferasirox na gestação: fator de risco C (significa que risco para bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos);

deferiprona na gestação: estudos em animais demonstraram anormalidades nos descendentes; não foram feitos estudos em humanos; e não há classificação sobre a gestação pela FDA (*Food and Drug Administration*).

em gestantes, a decisão deve ser individualizada e, caso se opte por usar o medicamento, fazê-lo apenas após o primeiro trimestre;

**efeitos adversos mais comuns da desferroxamina:** reações no local de aplicação da injeção (dor, inchaço, coceira, vermelhidão), urina escura, vermelhidão da pele, coceira, reações alérgicas, visão borrada, catarata, distúrbios de audição, zumbidos, tontura, dificuldade para respirar, desconforto abdominal, diarreia, câibra nas pernas, taquicardia, febre, retardo no crescimento (em pacientes que iniciam o tratamento antes dos 3 anos de vida), distúrbio renal, suscetibilidade a infecções (*Yersinia* e *mucormicose*);

**efeitos adversos mais comuns da deferiprona:** infecções (febre, dor de garganta, sintomas gripais), dor e inchaço nas articulações, dor abdominal, náusea, vômitos, alteração de apetite, urina escura, elevação de enzimas hepáticas (ALT), diminuição das células brancas do sangue e agranulocitose (reversíveis com a suspensão do tratamento);

**efeitos adversos mais comuns da deferasirox:** distúrbios gastrointestinais (incluindo náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, distensão abdominal, constipação, indigestão); elevação da creatinina sérica, erupção cutânea, dores de cabeça; reações menos comuns: tontura, febre, dor de garganta, ansiedade, distúrbios do sono, cansaço, mudança na cor da pele e inchaço de extremidades.

Estou ciente de que o 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(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

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 do seguinte medicamento:

- ( ) desferroxamina
- ( ) deferiprona
- ( ) deferasirox

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 \_\_\_\_\_

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

**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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_, Nº Identidade emitido pela \_\_\_\_\_, Órgão emissor/UF e do  
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