



GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

DISLIPIDEMIA: PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES E PANCREATITE

PCDT / CID 10: E 78.0 / E 78.1 / E 78.2 / E 78.3 / E 78.4 / E 78.5 / E 78.6 / E 78.8

1. Medicamentos

Estatinas

Atorvastatina 10, 20, 40 e 80mg, comprimido;
Pravastatina sódica 10, 20 e 40 mg, , comprimido;

Outros

Ácido nicotínico 500 mg, comprimidos liberação prolongada.

Fibratos

Ciprofibrato 100 mg, comprimido;
Bezafibrato 200 mg, comprimido e dragea e 400 mg comprimidos de desintegração lenta;
Etofibrato 500 mg, cápsula;
Fenofibrato 200 mg, cápsula e 250 mg liberação controlada;
Genfibrozila 600 e 900 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 6 (seis) meses de tratamento;
- Relatório Médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico, (Deverá conter as seguintes informações: se o paciente é hipertenso, diabético, se possui algum problema cardíaco e o **escore de risco absoluto de Framingham**) (Anexo).
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**
- Descrever o valor na anamnese do Diagnóstico de Hipercolesterolemia Familiar de acordo com a OMS (anexo)**

Renovação a cada 6 (seis) meses

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- Relatório Médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico.

2.3. Exames

Solicitação inicial

Estatinas

- AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);
- ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);
- Perfil Lipídico Completo (Colesterol Total, HDL e LDL e Triglicerídeos);
- Hormônio Estimulador da Tiroxina – TSH;
- Beta HCG (pacientes do sexo feminino até 55 anos, com validade inferior a 15 dias) - **exceto para Etofibrato**;
- Creatinofosfoquinase Total – CPK;

Renovação a cada 1 (um) ano

- Creatinofosfoquinase Total – CK;
- AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);
- ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);
- Perfil Lipídico Completo (Colesterol Total, HDL e LDL e Triglicerídeos);
- Hormônio Estimulador da Tiroxina – TSH;
- Beta HCG (pacientes do sexo feminino até 55 anos, com validade inferior a 15 dias) (apresentar mensalmente)- **exceto para Etofibrato**

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:

- Tempo do tratamento preconizado para seis meses;
- O exame Beta HCG, para pacientes do sexo feminino até 55 anos, deverá ser apresentado mensalmente (com validade inferior a 15 dias);
- O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia.
- O exame Beta HCG, para pacientes do sexo feminino até 55 anos, deverá ser apresentado mensalmente (com validade inferior a 15 dias);
- No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista;
- Os exames são aceitos com validade de até 90 dias de sua emissão.
- A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Os documentos (LME, Receita Médica e Relatório Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



forma legível em acordo com a legislação vigente;

- O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o Médico ou farmacêutico;
- Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 07/2013 e SAS/MS nº. Portaria nº 8, de 30 de Julho de 2019, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite;
- O CEAF não abre para atendimento ao público no último dia útil do mês, fechado para balanço.

HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO

07:30 h às 16:30 h

Segunda à sexta

(fechado no último dia útil do mês)

CENTRAL TELEFÔNICA

3315-6109 e 3315-6110

PORTAL SESAU/LINK CEAF

<https://www.saude.al.gov.br/component-e-especializado-da-assistencia-farmaceutica/>

(todas as letras devem ser minúsculas)



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ESTATINAS: ATORVASTATINA E PRAVASTATINA;

FIBRATOS: BEZAFIBRATO, CIPROFIBRATO, ETOFIBRATO, FENOFIBRATO E

GENFIBROZILA; E ÁCIDO NICOTÍNICO.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **estatinas, fibratos e ácido nicotínico**, indicados para o tratamento da **Dislipidemia**.

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

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes melhoras:

- estatinas: prevenção de eventos cardiovasculares maiores, incluindo morte, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e revascularização, entre outros;
- fibratos: prevenção de pancreatite aguda;
- ácido nicotínico: prevenção de eventos cardiovasculares maiores.

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

- as estatinas não devem ser utilizadas durante a gestação; em doses usuais são bem toleradas, com baixaincidência de efeitos adversos;
- os efeitos adversos mais frequentes das estatinas são prisão de ventre, diarreia, gases, dor de estômago, tontura, dor de cabeça, náusea, alergias de pele; efeitos menos frequentes (necessitam, porém, de atenção médica imediata, podendo ser fatais) são dores musculares, câibras, febre, cansaço, fraqueza, que caracterizam a mialgia ou rabdomiólise; e efeitos mais raros são impotência, insônia;
- não se sabe ao certo os riscos do uso de fibratos na gravidez; portanto, caso engravide, comunicarei omédico imediatamente;
- os fibratos podem induzir o aparecimento de cálculos biliares, estando contraindicados para pacientescom esta doença;
- os efeitos adversos dos fibratos são desordens no sangue (anemia, leucopenia, trombocitopenia), angina, arritmias cardíacas, pancreatite, cálculos biliares, problemas no fígado e nos rins, sintomas gripais, piora de úlcera, coceiras e alergia de pele;
- não há relatos de efeitos do uso de ácido nicotínico na gravidez;
- os efeitos adversos do ácido nicotínico (com doses mais altas) são arritmias cardíacas, diarreia, tonturas, secura dos olhos e de pele, aumento de glicose no sangue, náusea, vômitos, dor de estômago, coceiras; e são efeitos de menor incidência dor de cabeça, calorões no rosto e no pescoço.
- o risco de rabdomiólise aumenta com o uso concomitante dos medicamentos.

Estou ciente de que o uso destes medicamentos não substitui outras medidas para diminuição dos níveis de colesterol e triglicérides, tais como dieta adequada, controle do peso corporal e prática de atividade física.

Estou também 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 que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

- () Atorvastatina
- () Bezafibrato
- () Ciprofibrato
- () Etofibrato

- () Ácido nicotínico
- () Fenofibrato
- () Pravastatina
- () Genfibrozila



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



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.



RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO
Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite

Paciente: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Tempo de diagnóstico: _____

CNS: _____

Sexo: () F () M

1. Marque se o paciente apresentar uma ou mais característica abaixo:
 - () Triglicerídeos entre 200 e 499 mg/dL, com LDL \geq 100 mg/;
 - () Triglicerídeos acima de 500 mg/dL;
 - () Infarto agudo do miocárdio;
 - () Doença coronariana comprovada por exames;
 - () Doença aterosclerótica ou em outros leitos arteriais;
 - () Insuficiência cardíaca isquêmica;
 - () Ataque isquêmico transitório ou acidente vascular cerebral isquêmico;
 - () Diabetes melitos;
 - () Hipercolesterolemia familiar ou hiperlipidemia familiar;
 - () Escore de Framingham elevado: \geq 9 pontos para homens, e \geq 15 pontos para mulheres;
 - () Escore de Framingham elevado: \geq 6 pontos para homens, e \geq 10 pontos para mulheres;
 - () Hipertensão arterial sistêmica.
2. Marque se o paciente apresentar uma ou mais característica abaixo:
 - () Tabagismo + doença mental;
 - () Gestante ou lactente;
 - () Etilismo ou uso de drogas atual;
 - () Hipotireoidismo não tratado;
 - () Doença crônica Hepática;
 - () Doença crônica renal;
 - () Miosites, polimiosite ou rabdomiólise sem resposta ao tratamento específico;
 - () Portador do vírus HIV.
3. O paciente já realizou tratamento NÃO FARMACOLÓGICO? () sim () não
Tempo de duração () > 3 meses () > 6 meses
4. O paciente é refratário a tratamento dietético? () sim () não
5. Já realizou tratamento farmacológico para dislipidemia? () sim () não
Quais fármacos?
 - () Sinvastatina () Atorvastatina () Pravastatina () Ciprofibrato () Benzafibrato
 - () outros? _____Tempo de duração: () > 3 meses () > 6 meses



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



6. Em caso especial de indicação de Atorvastatina: O paciente iniciou o tratamento farmacológico com estatina de primeira geração por um período mínimo de 6 meses, porém sem resposta desejável ou satisfatória? () sim () não
Tempo de duração: () > 3 meses () > 6 meses
7. O paciente apresentou reação adversa ao medicamento ou possui alguma contra-indicação quanto ao uso de estatinas de primeira geração? () sim () não Quais? _____
8. O paciente apresentou reação adversa ao medicamento ou possui alguma contra-indicação quanto ao uso de fibratos? () sim () não Quais? _____
9. O Paciente tem hipotireoidismo descompensado (TSH acima de 10 mcUI/ml) ? () sim () não
10. O Paciente tem doença hepática aguda ou crônica grave? () sim () não
11. O Paciente está em tratamento com medicamentos antirretrovirais ? () sim () não
12. Já apresentou reações alérgicas a medicamentos? () Sim () Não
Se sim, Qual? _____
13. Em caso de paciente do sexo feminino em idade fértil, a paciente está utilizando pelo menos dois métodos contraceptivos seguros? () sim () não Quais? _____

Outros dados clínicos a considerar: _____

O diagnóstico de entrada é compatível com Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite, CID 10: _____ necessitando dar início ou manter o tratamento preventivo iniciado nessa Unidade, segundo o Protocolo Padronizado de Medicamentos para Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite, necessitando fazer uso de _____ (Frequência ao dia (s) ou na semana (s)).

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data __/__/__



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
 GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
 COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



Escore de risco de Framingham

Homens						Mulheres					
Idade (em anos)		Pontos				Idade		Pontos			
20-34		-9				20-34		-7			
35-39		-4				35-39		-3			
40-44		0				40-44		0			
45-49		3				45-49		3			
50-54		6				50-54		6			
55-59		8				55-59		8			
60-64		10				60-64		10			
65-69		11				65-69		12			
70-74		12				70-74		14			
75-79		13				75-79		16			
Colesterol	idade	idade	idade	idade	idade	Colesterol	idade	idade	idade	idade	idade
Total, mg/dL	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79	Total, mg/dL	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Até 160	0	0	0	0	0	Até 160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0	160-199	4	3	2	1	1
200-239	7	5	3	1	0	200-239	8	6	4	2	1
240-279	9	6	4	2	1	240-279	11	8	5	3	2
280 ou mais	11	8	5	3	1	280 ou mais	13	10	7	4	2



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
 GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA
 COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA



Fumo	Idade	Idade	Idade	Idade	Idade	Fumo	Idade	Idade	Idade	Idade	Idade
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não	0	0	0	0	0	Não	0	0	0	0	0
Sim	8	5	3	1	1	Sim	9	7	4	2	1
HDL colesterol (mg/dL)			Pontos			HDL colesterol (mg/dL)			Pontos		
60 ou maior			-1	60 ou maior	-1						
50-59			0	50-59	0						
40-49			1	40-49	1						
menos de 40			2	menos de 40	2						
PA (sist. mm Hg)	Não tratada		Tratada			PA (sist. mm Hg)	Não tratada		Tratada		
menor que 120	0		0			menor que 120	0		0		
120-129	0		1			120-129	1		3		
130-139	1		2			130-139	2		4		
140-159	1		2			140-159	3		5		
160 ou maior	2		3			160 ou maior	4		6		



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA



Total de pontos	Risco absoluto em 10 anos (%)	Total de pontos	Risco absoluto em 10 anos (%)
menos de 0	Menos de 1	Menos de 9	Menos de 0
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	25 ou mais	30 ou mais
17 ou mais	30 ou mais		

Extraído de IV Diretrizes Brasileiras de Dislipidemia⁹.

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data __/__/__



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



DIAGNÓSTICO DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR DE ACORDO COM A OMS

Nome: _____ Idade: _____
Diagnóstico: _____ CID: _____

Critérios	
História Familiar	
Familiar de primeiro grau com doença aterosclerótica prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos) Familiar de primeiro grau com LDL-C acima do percentil 95	1
Familiar de primeiro grau com xantoma tendinoso ou arco córneo Criança (menores de 18 anos) com LDL-C acima do percentil 95	2
História Clínica	
Paciente com doença arterial coronariana prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos)	2
Paciente com doença arterial cerebral ou periférica prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos)	1
Exame físico	
Xantoma tendinoso	6
Arco córneo antes dos 45 anos	4
Exames laboratoriais	
LDL-C maiores ou iguais a 330 mg/dl	8
LDL-C entre 250 e 329 mg/dl	5
LDL-C entre 190 e 249 mg/dl	3
LDL-C entre 155 e 189 mg/dl	1
Mutação genética presente	8
Diagnóstico de hipercolesterolemia familiar é	
Definitivo com	>8
Provável com	6-8
Possível com	3-5

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data __/__/__

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES* _____ 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante _____

3- Nome completo do Paciente* _____ 5- Peso do paciente* _____ kg

4- Nome da Mãe do Paciente* _____ 6- Altura do paciente* _____ cm

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* _____ 10- Diagnóstico _____

11- Anamnese* _____

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

NÃO SIM. Relatar: _____

13- Atestado de capacidade*

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* _____ 17- Assinatura e carimbo do médico* _____

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* _____ 16- Data da solicitação* _____

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR***: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante

Outro, informar nome: _____ e CPF _____

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* _____ 20- Telefone(s) para contato do paciente _____

Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia: _____
 Parda Sem informação

21- Número do documento do paciente _____ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____

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 _____ **AUTORIZO** Nº CNS
_____, 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