



# GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO - DERMATITE ATÓPICA

PCDT / CID 10: L 20.0 / L 20.8

## 1. Medicamentos

Ciclosporina: cápsulas de 25 mg, 50 mg e 100 mg;      Ciclosporina: solução oral de 100 mg/mL (frasco de 50 mL).

## 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**, com descrição dos critérios diagnósticos de dermatite atópica apresentados pelo paciente, bem como descrição da gravidade da doença (informar escala utilizada e pontuação obtida). Para pacientes idosos, informar se doença é incapacitante;
- Relatório** emitido por profissional de saúde, com descrição da medida de pressão arterial;
- Relatório médico** atestando que o(a) paciente não apresenta critérios de exclusão para uso do medicamento ciclosporina, quais sejam: estar em uso de fototerapia, insuficiência renal crônica, hipertensão arterial não controlada, neoplasia em atividade, lactação, infecção aguda ou crônica ativa, tuberculose sem tratamento;
- Escalas DLQI (adultos) OU CDLQI (crianças);**
- Escalas EASI OU SCORAD;**
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

#### 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**, com descrição dos critérios diagnósticos de dermatite atópica apresentados pelo paciente, bem como descrição da gravidade da doença (informar escala utilizada e pontuação obtida). Para pacientes idosos, informar se doença é incapacitante;

### 2.3. Exames

#### Solicitação inicial

- Hemograma com plaquetas;
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
- AST (Transaminase Glutâmico – Oxalacética – TGO);
- ALT (Transaminase Glutâmico – Pirúvica – TGP);
- Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total e Frações;
- Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA);
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT;
- Teste de contato (patch test) **OU**
- Teste cutâneo de leitura imediata (prick test)
- Três medidas de pressão arterial em datas diferentes;
- Cópia do exame de dosagem de Ácido úrico;
- Cópia do exame de magnésio;
- Cópia do exame de potássio;
- Cópia do exame de sódio;
- Cópia da dosagem de Uréia;
- Cópia do exame das sorologias para hepatite B;
- Cópia do exame das sorologias para hepatite C;
- Cópia do exame das sorologias para HIV;
- Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU);
- Cópia do teste de Mantoux;
- Cópia do exame das sorologias para HPV;
- Radiografia de tórax;
- Beta HCG (pacientes do sexo feminino até 55 anos, com validade inferior a 15 dias);

#### Renovação a cada 6 (seis) meses

- Hemograma com plaquetas;
- Creatinina;
- AST (Transaminase Glutâmico – Oxalacética – TGO);
- ALT (Transaminase Glutâmico – Pirúvica – TGP);
- Uréia;
- Triglicerídeos;
- DLQI **OU** CDLQI;
- Beta HCG (pacientes sexo até 55 anos, com validade inferior a 15 dias) (apresentar mensalmente);

## 3. Serviços de Referência



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



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;
- No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista, ALERGOLOGIA/ DERMATOLOGIA;
- 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 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. 34, de 20 de Dezembro de 2023, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de Dermatite Atópica;
- O CEAF não abre para atendimento ao público no último dia útil do mês, fechado para balanço.

<b>HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO</b>	<b>CENTRAL TELEFÔNICA</b>	<b>PORTAL SESAU/LINK CEAF</b>
07:30 h às 16:30 h	3315-6109 e 3315-6110	<a href="https://www.saude.al.gov.br/component-e-especializado-da-assistencia-farmaceutica/">https://www.saude.al.gov.br/component-e-especializado-da-assistencia-farmaceutica/</a>
Segunda à sexta		(todas as letras devem ser minúsculas)
(fechado no último dia útil do mês)		



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



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**CICLOSPORINA**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente),  
declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos  
relacionados ao uso do medicamento **CICLOSPORINA**, indicada para o tratamento da **DERMATITE ATÓPICA**.

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 o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes  
benefícios:

- melhora na gravidade da doença durante o tratamento;
- redução da intensidade da coceira
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das contraindicações, dos potenciais eventos adversos e dos riscos a  
seguir:

- os riscos na gestação e na amamentação já são conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o  
médico;
- medicamentos classificados na gestação como categoria 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 do que os riscos): ciclosporina.
- eventos adversos da ciclosporina: problemas nos rins e fígado, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo,  
pressão alta, aumento do crescimento da gengiva, aumento do colesterol e triglicérides, formigamentos, dor no peito,  
batimentos rápidos do coração (taquicardia), convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e  
cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náusea, vômitos, perda de apetite, soluços, inflamação na boca, dificuldade para  
engolir, sangramentos, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, diminuição das células brancas do  
sangue, linfoma, calorões, aumento da quantidade de cálcio, magnésio e ácido úrico no sangue, toxicidade para os músculos,  
problemas respiratórios, sensibilidade aumentada à temperatura e aumento das mamas.

Contraindicações da ciclosporina: insuficiência renal crônica, neoplasia em atividade, lactação, infecção aguda ou crônica  
ativa, tuberculose sem tratamento, hipertensão não controlada, hipersensibilidade ao medicamento e o uso simultâneo de  
fototerapia. Adicionalmente, o medicamento deve ser utilizado com cautela, conforme avaliação clínica do médico, em  
pacientes vivendo com HIV, HCV, HBV e HPV.

Fui também informado(a) que este medicamento não tem por objetivo curar a causa da dermatite atópica. Estou ciente de  
que este(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou  
não possa utilizá-lo(s), ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de  
eu desistir de usar o(s) medicamento(s).

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 seguinte medicamento:

( ) Ciclosporina

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**  
**Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de**  
**DERMATITE ATÓPICA**

Paciente: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_  
CNS: \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) F ( ) M

Paciente diagnosticado com Dermatite Atópica? ( ) Sim ( ) Não

CID-10: \_\_\_\_\_

**Critérios clássicos de Hanifin e Rajka**

**Paciente apresenta algum do(s) critério(s) abaixo?**

1. Prurido ( )
2. Morfologia e distribuição típicas:
  - a. Liquenificação ou linearidade de superfícies flexoras em adultos ( )
  - b. Envolvimento de face ou de superfícies extensoras em bebês e crianças ( )
3. Dermatite crônica ou cronicamente recidivante ( )
4. História pessoal ou familiar de atopia, como asma, rinite alérgica, dermatite atópica ( )
5. Xerose ( )
6. Ictiose / hiperlinearidade palmar / queratose pilar ( )
7. Reatividade imediata (tipo 1) do teste cutâneo ( )
8. Imunoglobulina E sérica elevada ( )
9. Idade precoce de início ( )
10. Tendência para infecções cutâneas (S. aureus e herpes simples vírus)/imunidade prejudicada, mediada por células ( )
11. Tendência para dermatite não específica da mão ou do pé ( )
12. Eczema do mamilo ( )
13. Queilite ( )
14. Conjuntivite recorrente ( )
15. Dobra infraorbitária de Dennie-Morgan ( )
16. Ceratocone ( )
17. Catarata subcapsular anterior ( )
18. Escurecimento orbital ( )
19. Palidez facial/eritema facial ( )
20. Pitíriase alba ( )
21. Dobra cervical anterior ( )
22. Prurido ao suar ( )
23. Intolerância à lã e solventes lipídicos ( )
24. Acentuação perifolicular ( )
25. Intolerância alimentar ( )
26. Influência do curso por fatores ambientais/emocionais ( )
27. Dermografismo branco/branqueamento tardio ( )

**Critérios do Grupo de Trabalho do Reino Unido**

**Paciente apresenta algum do(s) critério(s) abaixo?**

1. Pacientes com mais de 4 anos e histórico de início dos sintomas antes dos 2 anos ( )
2. História de envolvimento flexural ( )
3. História da pele geralmente seca ( )
4. História de outra doença atópica no paciente ou em parente de primeiro grau ( )
5. Dermatite flexural visível ( )

**Medidas de pressão**

Pressão arterial: \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pressão arterial: \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pressão arterial: \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



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



Resultado da escala EASI: \_\_\_\_

Resultado da escala SCORAD: \_\_\_\_

**Classificação da gravidade da dermatite atópica:**

Livre ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Grave ( )

Paciente está em início de tratamento? ( ) Sim ( ) Não

Paciente está fazendo fototerapia ?

( ) Sim ( ) Não

**Informar se o paciente apresenta:**

( ) Doença cardiovascular ou cerebrovascular;

( ) Neoplasias;

( ) Hepatopatia;

( ) Tuberculose sem tratamento;

( ) Insuficiência renal;

( ) Gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação;

( ) Hipertensão arterial não controlada;

( ) Infecção aguda;

( ) Infecção crônica;

Paciente possui outras doenças diagnosticadas? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

Paciente faz uso de medicação para tratar outra condição clínica? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

Já apresentou reações alérgicas a medicamentos? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

O paciente possui alguma complicação clínica? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

O paciente é idoso? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, eles tá incapacitado? ( ) Sim ( ) Não

Outros dados clínicos relevantes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O diagnóstico de entrada é compatível com Dermatite Atópica, CID 10: \_\_\_\_\_ necessitando dar início ou manter o tratamento preventivo iniciado nessa Unidade, segundo o Protocolo Padronizado de Medicamentos para Dermatite Atópica, necessitando fazer uso de \_\_\_\_\_ (Frequência ao dia (s) ou na semana (s)).

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data \_\_/\_\_/\_\_



## ESCORE DA QUALIDADE DE VIDA NA DERMATOLOGIA INFANTIL (CDLQI)

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Na semana que passou:

**1. Sua pele tem apresentado coceira, sensibilidade ou dor?**

Muitíssimo ( ) Muito ( ) Pouco ( ) Não ( )

**2. Você sentiu-se constrangido ou inibido, chateado ou triste por causa de sua pele?**

Muitíssimo ( ) Muito ( ) Pouco ( ) Não ( )

**3. Sua pele tem afetado suas amizades?**

Muitíssimo ( ) Muito ( ) Pouco ( ) Não ( )

**4. Você mudou a sua maneira de vestir por causa de sua pele?**

Muitíssimo ( ) Muito ( ) Pouco ( ) Não ( )

**5. Sua pele tem atrapalhado as suas atividades de lazer em geral?**

Muitíssimo ( ) Muito ( ) Pouco ( ) Não ( )

**6. Você evitou nadar ou praticar outros esportes por causa dos seus problemas de pele?**

Muitíssimo ( ) Muito ( ) Pouco ( ) Não ( )

**7. a) Era período escolar? Se era: o quanto seu problema de pele interferiu em suas atividades escolares?**

Me impediu de ir à escola ( ) Muitíssimo ( ) Muito ( ) Pouco ( ) Não ( )

**7. b) Era período de férias? Se era: o quanto seu problema de pele interferiu no aproveitamento de suas férias?**

Muitíssimo ( ) Muito ( ) Pouco ( ) Não ( )

**8. Você teve problemas com pessoas dizendo nomes, caçoando, intimidando, fazendo perguntas ou evitando você?**

Muitíssimo ( ) Muito ( ) Pouco ( ) Não ( )

**9. Seu sono foi afetado por causa de seu problema de pele?**

Muitíssimo ( ) Muito ( ) Pouco ( ) Não ( )

**10. Seu tratamento dermatológico foi problemático?**

Muitíssimo ( ) Muito ( ) Pouco ( ) Não ( )

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



### ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA – DLQI-BRA

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Data de nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Este questionário visa a medir o quanto o problema de pele que você tem afetou sua vida durante a semana que passou. Escolha apenas uma resposta para cada pergunta e marque um X sobre a alternativa correspondente.

**1. O quanto sua pele foi afetada durante a semana que passou por causa de coceira, inflamação, dor ou queimação?**

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada
-------------------	------------	------------	--------

**2. Quanto constrangimento ou outro tipo de limitação foi causado por sua pele durante a semana que passou?**

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada
-------------------	------------	------------	--------

**3. O quanto sua pele interferiu nas suas atividades de compras ou passeios, em casa ou locais públicos, durante a semana que passou?**

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

**4. Até que ponto sua pele interferiu na semana que passou com relação às roupas que você normalmente usa?**

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

**5. O quanto sua pele afetou qualquer uma das suas atividades sociais ou de lazer na semana que passou?**

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

**6. Quão difícil foi para você praticar esportes durante a semana que passou?**

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

**7. Sua pele impediu que você fosse trabalhar ou estudar durante a semana que passou?**

3 sim	0 não	0 sem relevância
-------	-------	------------------

**Em caso negativo, sua pele já foi problema para você no trabalho ou na vida escolar?**

2 bastante	1 um pouco	0 nada
------------	------------	--------

**8. Quão problemática se tornou sua relação com o(a) parceiro(a), amigos próximos ou parentes, por causa de sua pele?**

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

**9. Até que ponto sua pele criou dificuldades na sua vida sexual na semana que passou?**

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

**10. Até que ponto seu tratamento dermatológico criou problemas para você na semana que passou?**

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# Índice de Gravidade do Eczema por Área (EASI)

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ESCORE DE GRAVIDADE:	ESCORE DE AREA:								
Classifique os sintomas de 0-3.	Cada órgão tem potencialmente 100% de envolvimento. Marque de 0 a 6 seguindo o esquema abaixo;								
<b>0 = NENHUM</b>	%	<b>0</b>	<b>1-9%</b>	<b>10-29%</b>	<b>30-49%</b>	<b>50-69%</b>	<b>70-89%</b>	<b>90-100%</b>	
<b>1 = LEVE</b>	<b>ESCORE DE REGIÃO</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	
<b>2 = MODERADO</b>									
<b>3 = SEVERO</b>									

PONTUAÇÃO EASI									
Região do corpo	Eritema (0-3)	Edema (0-3)	Escoriação (0-3)	Liquenificação (0-3)	Somatório de escore de gravidade	Escore de região (0-6)	Escore de severidade x escore de região	Multiplicador	Escore total por região corporal
Cabeça/pescoço								X 0.1 (se ≤ 7 anos, x 0.2)	
Tronco								X 0.3 X 0.2	
Extremidades superiores								X 0.2	
Extremidades inferiores								X 0.4 se ≤ 7 anos, x 0.3)	
<b>Pontuação final, é o somatório das 4 regiões pontuadas (0-72)</b>									

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

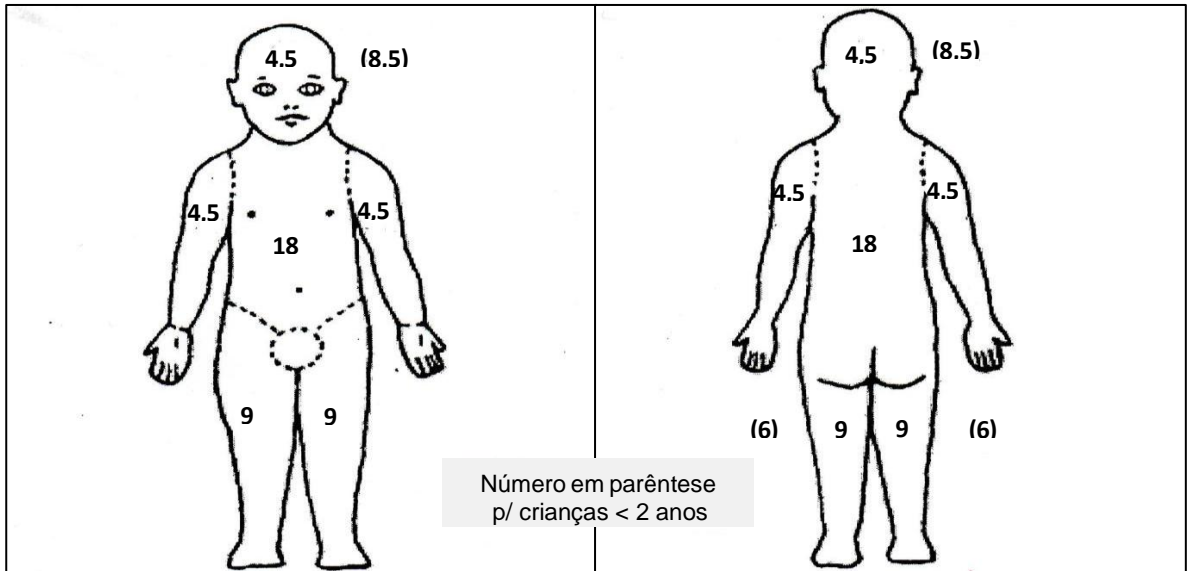


# SCORAD

Escore de atividade da  
Dermatite atópica

NOME

Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**A: EXTENSÃO** (indicar área envolvida)

**B: INTENSIDADE**

**C: PRURIDO + DISTÚRBO DO SONO**

**Cálculo do SCORAD**

**$A/5 + 7B/2 + C$**

CRITÉRIO	INTENSIDADE
Eritema	
Pápulas/edema	
Exudação/crosta	
Escoriação	
Liquenificação	
Ressecamento*	

CALCULANDO INTENSIDADE
0 = AUSENTE
1 = LEVE
2 = MODERADO
3 = INTENSO

\* Avaliar ressecamento da pele em áreas não afetadas

Escala analógica visual:  
média dos últimos 3 dias

PRURIDO (0 a 10)  0 10

DISTURBIO DO SONO (0 a 10)  0 10

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