

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado – Doença Falciforme

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (facultativo)
- Cópia do comprovante de residência atual em nome do PACIENTE. Quando o endereço estiver em nome de familiares (cônjuge, pais, filhos), trazer comprovante de parentesco (cópia da certidão de casamento, nascimento, etc). Em caso de aluguel, trazer cópia do contrato de aluguel ou, na ausência deste, trazer declaração do proprietário do imóvel, com cópia de RG e CPF, informando que o interessado reside no local.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde)
- Procuração para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante.
- Receita Médica - em duas vias, contendo o nome genérico do medicamento, concentração, posologia, tempo de tratamento, quantitativo mensal, carimbo, assinatura e data.
- LME - Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico com o (C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo.
- Termo de Consentimento Informado datado, carimbado e assinado pelo médico e pelo paciente.
- Exames comprobatórios do diagnóstico da doença de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Exames necessários para abertura e continuidade de processo para:

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
DOENÇA FALCIFORME (Protocolo MS) Alfapoetina 1000UI, 2000UI, 3000UI, 4000 UI e 10000UI injetável F/A. Hidroxiuréia 100 mg e 500 mg cáps. *Atualizado em 20/08/25	Para todos: - Hemograma com contagem de reticulócitos, - Eletroforese de Hemoglobina com dosagem de HbF; - AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, uréia e ácido úrico (validade 3 meses) - HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano) - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) <u>em mulheres em idade fértil</u>. Para pacientes com idade entre 9 meses e 2 anos, incluir: - Laudo informando se paciente apresenta dactilite (no primeiro ano de vida); <u>ou</u> - concentração de Hb < 7 g/dL (média de 3 valores fora de evento agudo); <u>ou</u> - contagem de leucócitos > 20.000/mm³ (média de 3 valores fora de evento agudo).	- Hemograma e contagem de reticulócitos. Periodicidade: Mensal até dose de manutenção, após trimestral - AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, uréia, Gama-GT e Beta HCG (mulheres em idade fértil). Periodicidade: Trimestral - Dosagem de ácido úrico (<i>Solicitar somente quando níveis basais estiverem acima do limite normal</i>). Periodicidade: Mensal até obtenção de níveis dentro dos valores de referência. - Eletroforese de Hemoglobina com dosagem de HbF. Periodicidade: Semestral.	D57.0 D57.1 D57.2 Hematologista Nefrologista (se insuficiência renal)



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
HIDROXIUREIA

Eu, _____ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado (a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos **hidroxiureia**, indicados para o tratamento da **doença falciforme**.

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

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer os seguintes benefícios:

- desaparecimento ou diminuição dos episódios de dor;
- aumento da produção de hemoglobina fetal no sangue;
- aumento, mesmo que pequeno, da concentração total da hemoglobina no sangue; - diminuição dos episódios de síndrome torácica aguda;
- diminuição do número de hospitalizações;
- diminuição do número de transfusões sanguíneas;
- regressão ou estabilização de danos em órgãos ou tecidos;
- melhora do bem-estar e da qualidade de vida e maior sobrevida.

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

- **hidroxiureia** (categoria D de risco para mulheres grávidas): o uso destes medicamentos só deve ser feito na gravidez e lactação após cuidadosa avaliação da relação risco-benefício, pois há evidência de risco fetal, mas a necessidade pode justificar o uso. Estes medicamentos não devem ser utilizados por mulheres grávidas sem orientação médica. Informe imediatamente seu médico em caso de suspeita de gravidez.

- A **hidroxiureia** pode causar redução da capacidade reprodutiva de homens e mulheres;

- efeitos adversos mais frequentes da **hidroxiureia**: diminuição do número de glóbulos brancos (leucopenia e neutropenia), de glóbulos vermelhos (anemia) e de plaquetas (trombocitopenia), cansaço, dor de cabeça, tonturas, desorientação e alucinações; perda de apetite, náusea, vômitos, diarreia, prisão de ventre e dor de estômago; elevação de enzimas hepáticas, hepatite medicamentosa, infiltrado pulmonar e fibrose pulmonar; erupções na pele, hiperpigmentação das unhas, queda de cabelos, câncer de pele, perda de função renal, elevação dos níveis sanguíneos de ureia, creatinina e ácido úrico, febre, calafrios, mal-estar.

Estou ciente de que o(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, inclusive se desistir de usar o(s) medicamento(s).

Também estou ciente de que o ácido fólico, medicamento complementar ao meu tratamento, pode, raramente, ser maléfico à minha função renal, além de provocar reação alérgica (febre e erupção cutânea).

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

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s): () **Hidroxiuréia**.

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: __/__/__			



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)*		Digitar manualmente Listar medicamentos	8- Quantidade solicitada*	
			1º mês	2º mês
1				
2				
3				
4				
5	JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)			

9- CID-10*	10- Diagnóstico
11- Anamnese*	
☐ ☐	
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*	

SIM. Relatar: NÃO	☐ ☐
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
☐ 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*		20- Telefone(s) para contato do paciente			
☐ Branco					
☐ Preta					
☐ Parda					
☐ Amarela					
☐ Indígena. Informar Etnia: _____					
☐ Sem informação					

CPF ou CNS
22- Correio eletrônico do paciente

*** CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

Versão 3.8 - [Clique aqui para verificar a versão mais recente do LME](#)

Para suporte, entre em contato pelo: ceaf.daf@saude.gov.br