

**Documentação necessária para abertura de processos  
para medicamentos do Componente Especializado –  
DPOC  
(Protocolo Estadual)**

- 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 monitorização de processo para  
DPOC:**

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<b>DPOC</b> (Critério de uso)  <b>Tiotrópio 2,5mcg</b>	→ Formulário de inclusão para Asma e DPOC;  - Informações sobre a clínica do paciente (tempo da doença e medicações utilizadas), que podem estar descritas no LME ou em laudo médico à parte;  - Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) – validade 180 dias.	- Espirometria <b>Periodicidade:</b> Anual	<b>J44.0</b> <b>J44.1</b> <b>J44.8</b>  Pneumologista

**NOTA:**

- O preenchimento completo do LME é imprescindível à abertura e continuidade do processo;
- As informações sobre a clínica do paciente podem estar descritas no próprio LME ou em laudo médico a parte;
- Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE -  
TIOTRÓPIO.**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de budesonida, formoterol, salmeterol e tiotrópio indicados para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica.

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:

- Diminuição das internações hospitalares;
- Diminuição das faltas ao trabalho em virtude da doença;
- Melhora da condição de saúde;
- Melhora da qualidade de vida.

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

- Os riscos na gravidez e na amamentação ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- **Tiotrópio: as reações adversas mais comuns incluem boca seca, constipação, aumento da frequência cardíaca, infecção do trato respiratório superior (sinusite, faringite), dor no peito (não específica), edema, vômitos, infecções, candidíase, epistaxe, mialgia e rash. O tiotrópio pode potencializar os sintomas e sinais associados ao glaucoma de ângulo fechado (dor e desconforto, edema e vermelhidão nos olhos, e visão borrada) hiperplasia prostática ou obstrução da bexiga (dificuldade para urinar e infecção do trato urinário) e deve ser usado com cautela em pacientes com essas condições. Reações de hipersensibilidade imediata podem ocorrer, incluindo angioedema após a administração desse medicamento.**
- Risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos.

Estou ciente de que este 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 a 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.

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos: ( ) tiotrópio

**Paciente**

Nome: \_\_\_\_\_  
Documento de identidade: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Feminino ( ) Idade: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Responsável legal (quando for o caso): \_\_\_\_\_  
Documento de identidade do responsável legal: \_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou do responsável legal: \_\_\_\_\_

**Médico**

Médico Responsável: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Médico

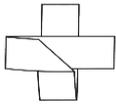
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Data

**Observações:**

1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis 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

---

**SUS**

**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**



**FORMULÁRIO PARA ABERTURA DE PROCESSO PARA DOENÇAS PULMONARES OBSTRUTIVAS  
ASMA E DPOC**

Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

- Os processos serão avaliados com base nos critérios do PCDT de DPOC e Asma do Ministério da Saúde, Critérios de Uso de Tiotrópio da SESA-ES e Diretrizes Terapêuticas para manejo da Asma não controlada da SESA-ES;
- Nos casos de preenchimento incompleto, este formulário será devolvido para adequação e posterior avaliação.
- Este formulário não isenta a avaliação presencial, necessária em casos específicos.

**1. Diagnóstico (CID-10):** Asma: J45.0 ( ) J45.1 ( ) J45.8 ( ) J45.9 ( ) DPOC: J44.0 ( ) J44.8 ( ) J44.9 ( )

**2. Doenças respiratórias associadas:**

Não ( ) Bronquiectasias ( ) Sequelas de Tuberculose ( ) Outras ( ), Especificar: \_\_\_\_\_

**3. Fatores de exposição:** Não ( ) Tabagismo atual ( ) - Anos/maço: \_\_\_\_\_ Ex-tabagista ( ) - Anos/maço: \_\_\_\_\_  
Fogão a lenha ( ) - Tempo: \_\_\_\_\_ Outros ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

**4. Exacerbações da doença no último ano:** Nenhuma ( ) Uma ( ) Duas ou mais ( )

**4.1. Medicamentos utilizados no tratamento das exacerbações:** Corticoides sistêmicos ( ) Antibióticos ( )

**5. Exame radiológico do tórax:** Não realizou ( ) Realizou, sem alterações ( ) Realizou, com alteração ( ) \_\_\_\_\_

**6. Tratamentos utilizados previamente:**

Medicamento	Posologia	Tempo de uso	Resposta	
			Satisfatória	Insatisfatória
Beclometasona, budesonida ou equivalente				
Formoterol+budesonida, salmeterol+fluticasona ou equivalente				
Salbutamol ou fenoterol				
Formoterol, Salmeterol ou equivalente				
Tiotrópio ou equivalente				
Montelucaste				
Outros				

**7. Espirometria realizada em:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_. Se não foi possível realizar o exame, justificar o(s) motivo(s) em laudo médico.

\*Obrigatório anexar laudo de espirometria realizada seguindo as Diretrizes vigentes para Testes de Função Pulmonar da SBPT<sup>1</sup>.

**8. Apenas para pacientes com diagnóstico de DPOC:**

• **Grau de dispneia (mMRC):**

- ( ) **Grau 1-** Falta de ar ao realizar exercício intenso.
- ( ) **Grau 2-** Falta de ar ao apressar o passo, ao subir um lance de escadas ou ao subir uma ladeira leve.
- ( ) **Grau 3-** Andar mais devagar que pessoas da mesma idade ou precisar parar para respirar quando anda no próprio passo.
- ( ) **Grau 4-** Parar para respirar antes de andar 100 metros ou após alguns minutos.
- ( ) **Grau 5-** Não sair de casa devido à falta de ar.

**9. Apenas para prescrição de imunobiológico em paciente com diagnóstico de asma grave:**

- Teste de controle da Asma: Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_. Pontuação obtida: \_\_\_\_\_ pontos.
- Além deste formulário e do laudo da espirometria, deve anexar:
  - Exames laboratoriais: Hemograma, IgE total e IgE específica positiva ou teste cutâneo de leitura imediata positivo;
  - Laudo de tomografia computadorizada do tórax;
  - Teste de Controle de Asma - ACT do mês anterior a prescrição.

\_\_\_\_\_, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Médico prescritor

1. PEREIRA, C. A. C. Espirometria. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 28, supl. 3, 2002.

**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 \_\_\_\_\_