

**SUS**

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

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DE GLAUCOMA**

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

- Os processos serão avaliados conforme critérios do PCDT-MS de Glaucoma, portaria SAS/ SCTIE/MS nº 11 de 02/04/2018;
- Nos casos de preenchimento incompleto, este formulário será devolvido para adequação e posterior avaliação.

**1. Diagnóstico (CID-10):**

- ( ) PIO média antes do início do tratamento acima de 21 mmHg; E  
( ) Dano típico ao nervo óptico com perda da rima neuroretiniana identificado por biomicroscopia de fundo (escavação igual ou acima de 0,5); OU ( ) Campo visual compatível com o dano ao nervo óptico.

**Favor informar:** a medida da PIO basal atual: \_\_\_\_\_ mmHg e o valor da escavação: \_\_\_\_\_.**2. Gravidade da doença:**

- Valor de PIO na ausência de medicamento antiglaucomatoso: ( ) 21-23 mmHg ou ( ) acima de 26 mmHg  
Alteração no campo visual compatível com glaucoma: ( ) sem comprometimento dos 10 graus centrais em nenhum dos olhos ou ( ) comprometimento em três ou mais quadrantes ou danos nos 10 graus centrais em um dos olhos.  
( ) Alargamento da escavação do disco óptico acima de 0,8.  
( ) Cegueira por dano glaucomatoso em um olho

**3. Paciente submetido a intervenção cirúrgica relacionado ao glaucoma:** ( ) Não ( ) Sim**4. Paciente aguardando realização de aplicação de laser ou intervenção cirúrgica:** ( ) Não ( ) Sim**5. Tratamento Solicitado:**

- ( ) Timolol ( ) Dorzolamida ( ) Brinzolamida ( ) Brimonidina ( ) Latanoprost ( ) Bimatoprost ( ) Travoprost  
( ) Acetazolamida ( ) Pilocarpina

**6. Paciente já fez tratamento medicamento para glaucoma?** ( ) Não ( ) Sim

Se sim, apresentou falha terapêutica a:

- Monoterapia: ( ) Timolol ( ) Medicamentos de 2ª linha ( ) Prostaglandinas  
Associação: ( ) Timolol ( ) Medicamentos de 2ª linha ( ) Prostaglandinas

**7. Paciente apresenta contra-indicação a algum colírio disponível no SUS:**

- ( ) Não ( ) Sim, informe qual (is): \_\_\_\_\_

**8. Observações adicionais relevantes:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura do Médico prescritor