

**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 ASMA

Paciente: _____ Idade: _____ Sexo: () M () F

- Os processos serão avaliados com base nos critérios vigentes do PCDT de Asma do Ministério da Saúde e do Protocolo Estadual para utilização dos medicamentos Salmeterol + Fluticasona e Montelukaste no tratamento da Asma.
- 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 ()

2. Doenças respiratórias associadas:

Não () DPOC () Bronquiectasias () Sequelas de Tuberculose () Outras () Especificar: _____

3. Tratamentos utilizados previamente:

Medicamento	Posologia	Tempo de uso	Resposta	
			Satisfatória	Insatisfatória
Salbutamol ou fenoterol				
Beclometasona, budesonida ou equivalente				
Formoterol+budesonida, salmeterol+fluticasona ou equivalente				
Tiotrópio ou equivalente				
Montelukaste				
Omalizumabe				
Mepolizumabe				
Benralizumabe				
Dupilumabe				
Outros				

4. 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 SBPT¹.

5. Apenas para prescrição de imunobiológico em paciente com asma grave:

Número de exacerbações grave que necessitaram corticoide sistêmico no último ano: Nenhuma () Uma () Duas ou mais ()

Teste de Controle de Asma (ACT): _____ pontos

Para Omalizumabe e Dupilumabe, acrescentar:

Dosagem de IgE sérica total: _____ UI/mL

Peso corporal: _____ Kg

Para Mepolizumabe e Benralizumabe, acrescentar:

Eosinófilos periféricos: _____ céls/mm³

6. Apenas para prescrição de imunobiológico em paciente com asma grave, anexar, além do laudo da espirometria:

- Teste de Controle de Asma - ACT - do mês anterior a prescrição;
- Laudo de exame de imagem do tórax (radiografia em PA e Perfil ou tomografia computadorizada);
- Para Omalizumabe e Dupilumabe: Hemograma, IgE total e IgE específica ou teste cutâneo de leitura imediata;
- Para Mepolizumabe e Benralizumabe: Hemograma.

_____, ___/___/_____

Carimbo e Assinatura do Médico prescritor

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