**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 – Hepatite Autoimune

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (obrigatório)
- 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
<p>HEPATITE AUTOIMUNE (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p>	<p>- Relato médico em LME descrevendo o quadro clínico e a pontuação obtida nos escore de diagnóstico previstos em PCDT-MS: - escore revisado e adaptado para o diagnóstico de hepatite autoimune - ERDHA1; ou - escore de diagnóstico simplificado - HA1;</p> <p>- Biópsia hepática. Caso não apresente biópsia, deverá apresentar: - Dosagem sérica AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética), - caso esteja abaixo de 10 vezes da normalidade, associar dosagem de gamaglobulina; ou Relato médico com descrição da presença de sintomas constitucionais incapacitantes ou cirrose com atividade inflamatória</p> <p>- Escore ERDHA1</p>	<p>- Hemograma Completo, ALT/TGP, AST/TGO, Bilirrubina, Gama-GT.</p> <p>Periodicidade: Mensal, nos primeiros 6 meses de tratamento e, após, trimestralmente.</p>	<p>K75.4</p> <p>Gastroenterologista Infectologista (Preferencialmente)</p> <p>Hepatite Autoimune (PCDT)</p>



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
AZATIOPRINA**

Eu, _____ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado (a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **azatioprina**, indicadas para o tratamento da **hepatite autoimune**. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- aumento da expectativa de vida; melhora da qualidade de vida; melhora dos sintomas clínicos; diminuição da atividade inflamatória à biópsia hepática; normalização dos níveis das enzimas (aminotransferases/transaminases); prevenção de recaídas.

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

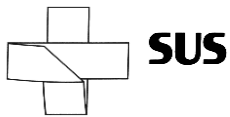
- **azatioprina**: na gravidez, há evidências de riscos ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos. Caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;

- principais efeitos adversos da **azatioprina**: efeitos adversos comuns: febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, queda de cabelo, aftas, dores articulares, problemas nos olhos (retinopatia), falta de ar, pressão baixa e reações de hipersensibilidade; hematológicos: anemia, diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue; gastrointestinais: náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, toxicidade para o fígado; - os medicamentos são contraindicados em caso de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao fármaco ou componentes da fórmula.

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 ser assistido (a), inclusive em caso de desistir de usar o(s) medicamento(s).

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s): () azatioprina

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: __/__/__			



PCDT – HEPATITE AUTO-IMUNE – Escore ERDHAI

Nome do paciente: _____

PARÂMETRO	ESCORE	ESCORE DO PACIENTE
Sexo feminino	+2	
Relação fosfatase alcalina / AST (TGO) (ou Alt/TGP) < 1,5 1,5 – 3,0 > 3,0	+2 0 -2	
Gamaglobulina ou IgG (nº de vezes acima do normal) >2,0 1,5-2,0 1,0-1,5 <1,0	+3 +2 +1 0	
FAN, AML ou anti-LKM1 >1:80 1:80 1:40 <1:40	+3 +2 +1 0	
Antimitocôndria positivo	-4	
Marcadores de hepatites virais Reagente Não reagente	-3 +3	
Consumo de fármacos hepatotóxicos atual ou recente Presente Ausente	-4 +1	
Consumo médio de álcool <25 g/dia >60 g/dia	+2 -2	
Histologia hepática Infiltrado periportal com necrose em saca-bocado Infiltrado linfoplasmocitário predominante Hepatócitos em roseta Nenhum dos critérios acima Alterações biliares Outras alterações	+3 +1 +1 -5 -3 -3	
Outra doença autoimune (própria ou em familiar de 1º grau)	+2	
Parâmetros opcionais Positividade de outro anticorpo associado a HAI HLA DR3, DR7 ou DR13 Resposta ao tratamento imunossupressor Completa Recaída com a diminuição	+2 +1 +2 +3	
TOTAL	--	

Data: ____ / ____ / ____

Carimbo e assinatura do médico solicitante: _____

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

21- Número do documento do paciente _____ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____