**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 – OSTEOMIELITE CRÔNICA**

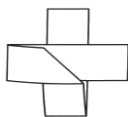
- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (obrigatório)
- Cópia do comprovante de residência atual em nome do PACIENTE. Quando o endereço estiver em nome de familiares (cônjuge, pais, filhos), trazer comprovante de parentesco (cópia da certidão de casamento, nascimento, 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:**

<p><b>OSTEOMIELITE CRÔNICA (ESTADUAL)</b></p> <p><b>Ertapenem 1g injetável F/A</b></p> <p><b>Teicoplanina 400mg injetável F/A</b></p> <p>*Atualizado em 14/10/2022</p>	<p>- Laudo de cultura com Antibiograma ou Teste de Susceptibilidade antimicrobiana (TSA); <b>(validade 90 dias).</b></p> <p>- Exames laboratoriais: Hemograma completo, velocidade de hemossedimentação (VHS), Proteína C-reativa (PCR), ureia, creatinina AST/TGO e ALT/TGP. <b>(validade 90 dias)</b></p>	<p>- Hemograma completo, VHS, PCR ureia, creatinina, AST/TGO, ALT/TGP.  <b>Periodicidade:</b> trimestral.</p>	<p><b>M46.2</b>  <b>M86.4</b>  <b>M86.6</b>  <b>M86.9</b></p> <p>Infectologista  (Exclusivamente)</p> <p><b><u>Osteomielite Crônica</u></b>  <b>(Protocolo Estadual)</b></p>
--	---	---	--

**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.

**SUS****SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL****TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**ERTAPENEM E TEICOPLANINA**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente ou do seu representante legal), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, advertências, contra-indicações, potenciais efeitos adversos, riscos e recomendações relacionados ao uso de **ERTAPENEM E TEICOPLANINA**, indicado para o tratamento da Osteomielite crônica. Estou ciente de que o medicamento ERTAPENEM não possui indicação em bula para o tratamento da Osteomielite Crônica.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo (a) médico (a) \_\_\_\_\_ (nome do (a) médico (a) que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o (s) medicamento (s) que passo a receber pode (m) trazer a melhora dos sintomas clínicos da infecção e melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

Advertências e contraindicação:

- **Ertapenem:** Antes de iniciar o tratamento, deve-se fazer um levantamento minucioso das reações de hipersensibilidade ao ertapenem, a penicilinas, cefalosporinas, a outros betalactâmicos e/ou outros alérgenos, e se, durante a administração ocorrer reação alérgica, o medicamento deve ser descontinuado imediatamente. Informe ao médico se o paciente apresenta colite ou qualquer outra doença gastrointestinal. Além disso, no caso de uso intramuscular, pessoas que são alérgicas a anestésicos locais do tipo amida, particularmente cloridrato de lidocaína, não devem utilizar este medicamento.

- **Teicoplanina:** Deve ser administrada com cuidado em pacientes com histórico de hipersensibilidade à vancomicina, pois pode haver reações de hipersensibilidade cruzada, incluindo choque anafilático fatal.

Efeitos adversos mais comuns:

- **Ertapenem:** Diarreia, inflamação da veia que está recebendo a infusão, náusea, dor de cabeça e vaginite (inflamação das paredes da vagina).

- **Teicoplanina:** distúrbios gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia), cefaléia, erupção, prurido e febre. A ocorrência de reações como dermatite esfoliativa, síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica é rara. Reações locais compreendem eritema, dor, tromboflebite e abscesso no local da injeção.

Estou ciente de que o(s) medicamento(s) deve(m) ser utilizado(s) somente 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 (a), inclusive se desistir de usar o (s) medicamento (s).

Autorizo a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

Meu tratamento constará do (s) seguinte (s) medicamento (s):

( ) Ertapenem

( ) Teicoplanina

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)*	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 \_\_\_\_\_