**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



Documentação necessária para abertura de processos de medicamentos do Componente Especializado – Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção reduzida

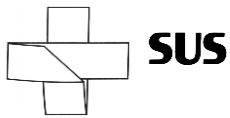
- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento;
- Cópia do CPF (obrigatório);
- Cópia do comprovante de residência atual;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde);
- Procuração para representantes de usuários. Levar documento de identificação 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, Avaliação e Autorização de Medicamentos. 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 Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção reduzida

Situação Clínica Medicamentos	ABERTURA DE PROCESSOS (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de exames)	CID-10 Médico Especialista
<p>INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA</p> <p>Dapagliflozina 10mg comp</p> <p>Sacubitril Valsartana Sódica 50mg, 100mg e 200mg comprimido</p> <p>Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida</p>	<p>- Laudo do médico assistente informando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quadro clínico detalhado e classe funcional NYHA em que o paciente se encontra; ▪ Tratamento prévio com descrição dos medicamentos utilizados. (validade 90 dias) <p>- Ecocardiograma transtorácico (validade: 12 meses para início de tratamento ou aos pacientes que estão em uso de comprimidos de Dapagliflozina ou sacubitril valsartana apresentar este exame previamente ao início de seu uso (sem validade));</p> <p>Para sacubitril valsartana, acrescentar:</p> <p>- Dosagem do peptídeo natriurético do tipo B (BNP) ou da porção n-terminal do peptídeo natriurético tio B (NT-ProBNP) (sem validade);</p>	<p>- Relato médico informando a evolução clínica do paciente em LME.</p> <p>Periodicidade: semestral.</p>	<p align="center">I50.0 I50.1 I50.9</p> <p align="center">Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida</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.



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
DAPAGLIFLOZINA E SACUBITRIL + VALSARTANA**

Eu, _____ (nome do (a) paciente), abaixo identificado (a) e firmado (a), declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **DAPAGLIFLOZINA OU SACUBITRIL + VALSARTANA**, indicadas para o tratamento da **INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA**.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) reduzir o risco de morte e de hospitalização relacionada à insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- **Dapagliflozina** é contraindicada no segundo e terceiro trimestres da gestação. Os principais eventos adversos são depleção de volume, infecções urinárias, infecções genitais, hipoglicemia;
- **Sacubitril valsartana** sódica hidratada é contraindicado em gestantes e não deve ser usado concomitantemente com inibidores de enzima conversora de angiotensina (IECA) e antagonistas de receptor de angiotensina II. Em pacientes com uso prévio de IECA, deve-se iniciar o tratamento com sacubitril valsartana sódica hidratada pelo menos 36 horas após a última dose de IECA, em especial para minimizar o risco de eventos adversos.
- Todos esses medicamentos são contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

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 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

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

() **Dapagliflozina**

() **Sacubitril + Valsartana**

Local:		Data:	
Nome do paciente e número de cartão Nacional de Saúde:			
Nome e documento do responsável legal:			
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico Responsável:	CRM:	UF:	
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: __/__/__			