**SUS**

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

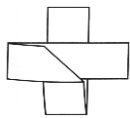


Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos de Componente Especializado para DPOC

- 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 de processo DPOC

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
DPOC (Protocolo MS) Budesonida 200 mcg cápsula ou pó para inalação Budesonida 400 mcg cápsula para inalação Formoterol 12 mcg cápsula ou pó para inalação Formoterol 100 mcg/dose sol aerossol (indisponível: atualmente sem demanda) Formoterol 12 mcg cápsula ou pó para inalação Formoterol + budesonida 6+200 mcg e 12+400 mcg cápsula ou pó para inalação Associação LABA + LAMA: Umeclidínio + Vilanterol (62,5 + 25) mcg pó para inalação Tiotrópio + Olodaterol (2,5+2,5) mcg sol para inalação Associação LABA + LAMA + ICS: Fluticasona + Umeclidínio + Vilanterol (100 mcg + 62,5 mcg + 25 mcg pó para inalação oral (Indisponível: item ainda não disponibilizado) Beclometasona + Formoterol +	Exigido para comprovação diagnóstica (1ª solicitação): <u>Formulário para solicitação de medicamento para tratamento de DPOC;</u> Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) dentro dos critérios de qualidade das diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT* (validade 12 meses); Se associação LABA + LAMA + ICS, acrescentar: Hemograma (validade 3 meses). Exigido para substituição/troca de medicamentos: - Para todos: Formulário para solicitação de medicamento para tratamento de DPOC (link). - Para Tiotrópio + Olodaterol , acrescentar: Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) dentro dos critérios de qualidade das diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT* (validade 12 meses). - Para Associação LABA + LAMA + ICS , acrescentar: Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) dentro dos critérios de qualidade das diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT* (validade 12 meses);	<p>- Relato médico em LME ou em laudo médico separado informando parâmetros clínicos: escala de dispnéia (mMRC ou CAT) e frequência e gravidade das exacerbações. Periodicidade: Semestral.</p> <p>- Para Budesonida, Formoterol + Budesonida e associação LABA + LAMA + ICS: Hemograma. Periodicidade: Semestral</p>	<p>J44.0 J44.1 J44.8</p> <p>Para associação LABA + LAMA ou LABA + LAMA + ICS Pneumologista (exclusivamente)</p> <p><u>PCDT</u></p>

**SUS**

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



Glicopirrônio 100 mcg + 6 mcg + 12,5 mcg solução aerossol para inalação oral	<p>Hemograma completo (validade 3 meses).</p> <p>Atenção: Exames adicionais podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora, como por exemplo: Dosagem de alfa-1-antitripsina; Exame de imagem do tórax.</p> <p>* Se não foi possível realizar o exame, justificar o(s) motivo(s) em laudo médico.</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

BROMETO DE IPRATRÓPIO, BROMETO DE TIOTRÓPIO MONOIDRATADO + CLORIDRATO DE OLODATEROL, BROMETO DE UMECLIDÍNIO + TRIFENATATO DE VILANTEROL, BROMIDRATO DE FENOTEROL, BUDESONIDA, DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA + FUMARATO DE FORMOTEROL DI-HIDRATADO + BROMETO DE GLICOPIRRÔNIO, DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA, FUMARATO DE FORMOTEROL, FUMARATO DE FORMOTEROL + BUDESONIDA, FUROATO DE FLUTICASONA + BROMETO DE UMECLIDÍNIO + TRIFENATATO DE VILANTEROL, FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA, PREDNISONA, SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA, SULFATO DE SALBUTAMOL

Eu, _____ nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso de **brometo de ipratrópio, brometo de tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol, brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol, bromidrato de fenoterol, budesonida, dipropionato de beclometasona + fumarato de formoterol di-hidratado + brometo de glicopirrônio, dipropionato de beclometasona, fumarato de formoterol, fumarato de formoterol + budesonida, furoato de fluticasona + brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol, fosfato sódico de prednisolona, prednisona, succinato sódico de hidrocortisona, sulfato de salbutamol**, indicada para o tratamento de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

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 medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- diminuição das internações hospitalares;
- diminuição das faltas ao trabalho em virtude da doença;
- melhora da condição de saúde; e
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais eventos adversos e riscos:

• **budesonida, prednisona, bromidrato de fenoterol e brometo de ipratrópio** são classificados na gestação como categoria B de risco;

• **succinato sódico de hidrocortisona, fosfato sódico de prednisolona, brometo de tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol, dipropionato de beclometasona, fumarato de formoterol, sulfato de salbutamol, fumarato de formoterol + budesonida, brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol, dipropionato de beclometasona + fumarato de formoterol di-hidratado + brometo de glicopirrônio, furoato de fluticasona + brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol** são classificados na gestação como categoria C de risco;

• **eventos adversos mais comuns da budesonida:** palpitações, síncope, taquicardia, hipocalemia, ganho de peso, náusea, equimose, leucocitose, artralgia e mialgia, dor de cabeça, doença infecciosa, doença viral, otite média, disfonia, infecção do trato respiratório, sinusite, febre, dor e boca seca;

• **eventos adversos mais comuns do dipropionato de beclometasona:** laringite, faringite, candidíase oral, náusea e dispepsia;

• **eventos adversos mais comuns do fumarato de formoterol, bromidrato de fenoterol, fumarato de formoterol + budesonida e sulfato de salbutamol:** dor de cabeça, tremor, palpitações e tosse;

• **eventos adversos da prednisona, fosfato sódico de prednisolona e succinato sódico de hidrocortisona:** retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, osteoporose, problemas de estômago (úlceras), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação, manifestação de diabetes melito, mascaramento de infecções, ativação de infecções latentes, infecções oportunistas e supressão da reação a testes cutâneos;

• **eventos adversos mais comuns do brometo de ipratrópio:** cefaleia, tontura, irritação na garganta, tosse, boca seca, náusea e distúrbios da motilidade gastrointestinal;

• **eventos adversos mais comuns do brometo de tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol:** boca seca (geralmente leve), tontura, taquicardia, tosse e disfonia;

• **eventos adversos mais comuns do brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol:** nasofaringite, pneumonia, infecção do trato respiratório superior, bronquite, faringite, rinite, sinusite, gripe, candidíase oral e de faringe, infecção do trato urinário, infecção viral do trato respiratório, cefaleia, tosse, dor orofaríngea, disfonia, artralgia, dorsalgia, constipação;

• **eventos adversos mais comuns do dipropionato de beclometasona + fumarato de formoterol di-hidratado + brometo de glicopirrônio:** pneumonia, faringite, candidíase oral, infecção do trato urinário, nasofaringite, dor de cabeça e disfonia;

• **eventos adversos mais comuns do furoato de fluticasona + brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol:** infecção do trato urinário, sinusite, nasofaringite, faringite, infecção do trato respiratório superior, tosse, dor orofaríngea, constipação, boca seca e dor torácica;

• Todos esses medicamentos são contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistência do uso do medicamento.

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:

() brometo de ipratrópio

() brometo de tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol

() brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol

() bromidrato de fenoterol

() budesonida

() dipropionato de beclometasona + fumarato de formoterol di-hidratado + brometo de glicopirrônio

() dipropionato de beclometasona

() fumarato de formoterol

() fumarato de formoterol + budesonida

() furoato de fluticasona + brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol

() fosfato sódico de prednisolona

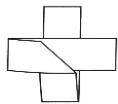
() prednisona

() succinato sódico de hidrocortisona

() sulfato de salbutamol

Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
<div style="text-align: center;">_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal</div>			
Médico responsável:		CRM:	UF:
<div style="text-align: center;">_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____</div>			

Nota: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

**SUS**

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



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO PARA TRATAMENTO DE
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA - DPOC

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

- Os processos serão avaliados conforme critérios do PCDT-MS de DPOC, portaria SAES/SECTICS Nº 29, de 27/11/2025;
- 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): DPOC: () J44.0 () J44.1 () J44.8

2. Fatores de exposição:

- () Não () Tabagismo atual - Anos/maço: _____ () Ex-tabagista - Anos/maço: _____
() Fogo a lenha - Tempo: _____ () Outros: Especificar: _____

3. Exacerbações da doença nos últimos 12 meses:

- 3.1. Exacerbação grave (com hospitalização): () Nenhuma () Uma () Duas ou mais
3.2. Exacerbação moderada (tratamento ambulatorial): () Nenhuma () Uma () Duas ou mais

4. Avaliação da intensidade dos sintomas. Marque a escala utilizada:

- 4.1. COPD Assessment Test (CATTM): Pontuação total _____ ou
4.2. Grau de dispneia (mMRC):
() Grau 0- Falta de ar ao realizar exercício intenso.
() Grau 1- Falta de ar ao apressar o passo, ao subir um lance de escadas ou ao subir uma ladeira leve.
() Grau 2- Andar mais devagar que pessoas da mesma idade ou precisar parar para respirar quando anda no próprio passo.
() Grau 3- Parar para respirar antes de andar 100 metros ou após alguns minutos.
() Grau 4- Não sair de casa devido à falta de ar.

5. Apresenta diagnóstico concomitante de asma? () Não () Sim

- 5.1. Se sim, realiza ou já realizou tratamento prioritário para asma? () Não () Sim

6. Apresenta outras doenças respiratórias associadas: Não () Sim (), especificar: _____

7. Exame de imagem do tórax dos últimos 12 meses: () Não realizou () Realizou

- 7.1. Se realizou: () sem alterações () Hiperinsuflação pulmonar () Espessamento brônquico () Aprisionamento aéreo
() Enfisema pulmonar () outros: _____

8. Número de eosinófilos periféricos em hemograma dos últimos 12 meses: _____

9. Exame de função pulmonar realizado em: ____/____/____

Obrigatório anexar cópia do laudo do exame de função pulmonar realizado seguindo as Diretrizes para Testes de Função Pulmonar da SBPT¹.

Enviar o laudo do exame independentemente do preenchimento dos critérios da SBPT. Se não foi possível realizar o exame, justificar o(s) motivo(s) em laudo médico.

10. Tratamentos realizados para DPOC:

Medicamentos	Uso atual?	Posologia	Tempo de uso	Resposta	
				Satisfatória	Insatisfatória
Salbutamol ou Fenoterol					
Formoterol, Salmeterol ou equivalente					
Formoterol+budesonida, salmeterol+fluticasona ou equivalente					
Tiotrópio/Olodaterol ou Umeclidínio/Vilanterol					
Fluticasona + Umeclidínio + Vilanterol ou Beclometasona + Formoterol + Glicopirrônio					
Outros:					

9. Observações:

_____, ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Médico prescritor



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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* ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: ☐ Parda

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente ☐ CPF ou ☐ CNS

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO