

**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 – Imunodeficiência Primária**

- 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
<b>IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA</b> (Protocolo MS)  Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.	<p><b><u>Para todos os CIDs: Validade 90 dias</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem de IgG total, IgA, IgM;</li><li>- Hemograma completo;</li><li>- Uréia e Creatinina;</li><li>- ALT, AST e Albumina sérica.</li></ul> <p><b><u>Incluir somente para o CID D80.3: Validade 90 dias</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Subclasses de IgG.</li></ul> <p><b><u>Incluir somente para os CIDs D80.6 e D80.8:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem das Isohemaglutininas Anti – A e Anti – B;</li><li>- Dosagem dos anticorpos pós- vacinais: anti – tétano, anti – difteria, anti – rubéola, anti – hepatite B, anti – sarampo;</li><li>- Dosagem de anticorpos anti-polissacarídes do pneumococo (pré e pós vacinais).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma, Uréia, Creatinina, ALT, AST, TP, Albumina e EAS.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p>D80.0 D80.1 D80.3 D80.5 D80.6 D80.7 D80.8 D81.0 D81.1 D81.2 D81.3 D81.4 D81.5 D81.6 D81.7 D81.8 D82.0 D82.1 D83.0 D83.2 D83.8</p> <p>Imunologista e Geneticista</p>



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



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE  
IMUNOGLOBULINA HUMANA**

Eu, \_\_\_\_\_, (nome do (a) paciente), abaixo identificado (a) e firmado (a), declaro ter sido informado (a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento **imunoglobulina humana**, indicado para o tratamento da **imunodeficiência primária com predominância de defeitos de anticorpos**.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido. Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis. Assim, declaro que: Fui claramente informado (a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer os seguintes benefícios: · diminuição da frequência e duração de infecções anuais. Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos: · medicamento classificado na gestação como categoria C (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos) · os efeitos colaterais já relatados são: dor de cabeça, calafrios, febre, reações no local de aplicação da injeção que incluem dor, coceira e vermelhidão, aumento de creatinina e uréia no sangue, seguido de oligúria e anúria, insuficiência renal aguda, necrose tubular aguda, nefropatia tubular proximal, nefrose osmótica. · medicamento contra-indicados em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco; · o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado. Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
<div>Assinatura do paciente ou do responsável legal</div>			
Médico Responsável:	CRM:	UF:	
<div>Assinatura e carimbo do médico</div> <div>Data: __/__/__</div>			



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