

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



<u>Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do</u> <u>Componente Especializado – DISLIPIDEMIA</u>

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento;
- Cópia do CPF (facultativo);
- 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,
- 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;
- Exames comprobatórios do diagnóstico da doença de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Exames necessários para abertura e continuidade de processo para Dislipidemia:

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
DISLIPIDEMIAS (Protocolo MS) Acido Nicotínico 250mg comp lib prol, 500mg comp lib prol e 750 comp lib prol. Atorvastatina 10mg, 20mg e 40mg comp. Bezafibrato 200mg comp e 400mg comp lib prol. Ciprofibrato 100mg comp. Fenofibrato 200mg cápsula e 250mg cápsula de liberação retardada. Genfibrozila 600mg comp. *Atualizado em 11/11/19	- Colesterol Total, HDL, Triglicerídeo, TSH, CPK, AST/TGO, ALT/TGP (validade 90 dias); Para Atorvastatina: laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para estatinas e justificativa para impossibilidade de uso da sinvastatina. (validade 90 dias) Genfibrozila laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para genfibrozila. (validade 90 dias). e - Caso paciente apresente triglicerídeo > 200mg/dL e HDL < 40mg/dL, deverá fornecer duas determinações de cada um desses exames num intervalo mínimo de 2 semanas (validade 90 dias) Para Ciprofibrato, Fenofibrato e Bezafibrato: Laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para fibratos. (validade 90 dias) Para Ácido nicotínico: Laudo médico que contemple a indicação de uso de estatinas, porém intolerantes	- CPK, TGO e TGP. Periodicidade: semestral ou sempre que houver ajuste de dose. - Colesterol Total, HDL e Triglicerídeo Periodicidade: anualmente.	E78.0 / E78.1 E78.2 / E78.3 E78.4 / E78.5 E78.6 / E78.8 Endocrinologista Cardiologista * Médicos em atendimento no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids poderão prescrever atorvastatina para pacientes infectados pelo HIV
	ou com contraindicação a elas e que não preencham os critérios para uso de fibratos. (validade 90 dias)		

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.



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



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ATORVASTATINA, BEZAFIBRATO, CIPROFIBRATO, ETOFIBRATO, FENOFIBRATO E GENFIBROZILA; E ÁCIDO NICOTÍNICO. (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado (a) claramente Eu, sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de estatinas, fibratos e ácido nicotínico, indicados para o tratamento da dislipidemia. termos médicos foram explicados е todas as dúvidas foram resolvidas médico (nome do médico que prescreve). Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes melhoras: • Estatinas: prevenção de eventos cardiovasculares maiores, incluindo morte, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e revascularização, entre outros; • fibratos: prevenção de pancreatite aguda; • ácido nicotínico: prevenção de eventos cardiovasculares maiores. Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso destes medicamentos: • As estatinas não devem ser utilizadas durante a gestação; em doses usuais são bem toleradas, com baixa incidência de efeitos adversos; • Os efeitos adversos mais frequentes das estatinas são prisão de ventre, diarreia, gases, dor de estômago, tontura, dor de cabeça, náusea, alergias de pele; efeitos menos frequentes (necessitam, porém, de atenção médica imediata, podendo ser fatais) são dores musculares, cãibras, febre, cansaço, fraqueza, que caracterizam a mialgia ou rabdomiólise; e efeitos mais raros são impotência, insônia; • Não se sabe ao certo os riscos do uso de fibratos na gravidez; portanto, caso engravide, comunicarei o médico imediatamente; • os fibratos podem induzir o aparecimento de cálculos biliares, estando contraindicados para pacientes com esta doenca: • Os efeitos adversos dos fibratos são desordens no sangue (anemia, leucopenia, trombocitopenia), angina, arritmias cardíacas, pancreatite, cálculos biliares, problemas no fígado e nos rins, sintomas gripais, piora de úlcera, coceiras e alergia de pele; • Não há relatos de efeitos do uso de ácido nicotínico na gravidez; os efeitos adversos do ácido nicotínico (com doses mais altas) são arritmias cardíacas, diarreia, tonturas, secura dos olhos e de pele, aumento de glicose no sangue, náusea, vômitos, dor de estômago, coceiras; e são efeitos de menor incidência dor de cabeca, calorões no rosto e no pescoco; • o risco de rabdomiólise aumenta com o uso concomitante dos medicamentos. Estou ciente de que o uso destes medicamentos não substitui outras medidas para diminuição dos níveis de colesterol e triglicerídeos, tais como dieta adequada, controle do peso corporal e prática de atividade física. Estou também ciente de que o 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 que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistir de usar o 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(s) seguinte(s) medicamento(s): () atorvastatina () bezafibrato () ciprofibrato () ácido nicotínico () fenofibrato () genfibrozila 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 solicitar	nte		$\overline{}$		
3- Nome completo do Paciente* 4- Nome da Mãe do Paciente*			p paciente* kg p paciente*		
		ntidade solic	citada*		
7- Medicamento(s)*	1º mês	2º mês	3º mês		
2					
3					
4					
5					
9- CID-10* 10- Diagnóstico					
11- Anamnese*					
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* SIM. Relatar: NÃO 13- Atestado de capacidade* A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensado paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil.		da presença fí	sica do		
poderá realizar a solicitação do medicamento	Nome do respons	ável			
14 Nome do médico solicitante* 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitação*	17- Assinatura	a e carimbo do r	médico*		
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Respor☐ ☐ Outro, informar nome:e CPF ☐	nsável (descrito no iten	n 13) 🗌 Médic	co solicitante		
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* Branca Amarela Preta Indígena. Informar Etnia: Parda Sem informação 21- Número do documento do paciente CPF ou CNS 22- Correio eletrônico do paciente	20- Telefone(s) para 23- Assinatura do resp				

^{*} CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO