**SUS**

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

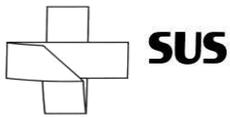


### Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado – Síndrome Nefrótica Primária em Adultos

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (facultativo)
- 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
<p><b>SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Ciclofosfamida 50 mg drágea</b></p> <p><b>Ciclosporina cápsulas de 25, 50 e 100 mg e solução oral de 100 mg/ml 50 ml.</b></p>	<p>- biópsia renal (diagnóstico histopatológico de biópsia renal);</p> <p>- proteinúria 24 h ou índice proteína/creatinina(IPC) em amostra de urina;</p> <p>- EAS;</p> <p>- albumina sérica;</p> <p>- colesterol total, HDL e triglicerídeos;</p> <p>- creatinina sérica ou clearance de creatinina;</p> <p>- hemograma completo e contagem de plaquetas;</p> <p>- glicose;</p> <p>-TGO,TGP;</p> <p>- laudo médico (LME) informando se foi descartado causas secundárias como diabetes melito, hepatites virais, soropositividade para HIV, sífilis, colagenoses, infecções virais ou bacterianas, uso de medicamentos, neoplasias, etc.</p> <p><b>* Validade 90 dias</b></p> <p>- Beta HCG <b>atual</b> em mulheres em idade fértil (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) (para ciclofosfamida);</p>	<p>- Creatinina sérica, proteinúria 24 horas ou índice proteína/creatinina em amostra de urina, albumina sérica, colesterol total, HDL, triglicerídeos, EAS, hemograma completo e glicose. <b>Periodicidade:</b> A cada 3 meses.</p> <p>Para <b>Ciclofosfamida:</b> - Hemograma completo, TGO, TGP. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p>Para <b>Ciclosporina:</b> - Dosagem sérica de ciclosporina e creatinina. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p>	<p><b>N04.0</b> <b>N04.1</b> <b>N04.2</b> <b>N04.3</b> <b>N04.4</b> <b>N04.5</b> <b>N04.6</b> <b>N04.7</b> <b>N04.8</b></p> <p>Nefrologista</p>



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**Ciclofosfamida, Ciclosporina**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de ciclofosfamida e ciclosporina, indicadas para o tratamento da síndrome nefrótica primária em adultos. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras: • dos sintomas e sinais do “estado nefrótico”; • da quantidade de proteínas na urina; • prevenção da insuficiência renal aguda e da insuficiência renal crônica progressiva. Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento: • os riscos do uso da ciclosporina na gravidez ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico; • ciclofosfamida não deve ser usada durante a gestação pelo risco de má formação do feto; • efeitos adversos comuns da ciclofosfamida: náusea, vômitos, queda de cabelo, risco aumentado de infecções, anemia, toxicidade para o fígado e medula óssea, infecções na bexiga, risco de sangramento (redução do número de plaquetas); • efeitos adversos comuns da ciclosporina: problemas nos rins e fígado, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, crescimento da gengiva, aumento do colesterol e triglicéridios, formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náusea, vômitos, perda de apetite, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, sangramentos, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, aumento da quantidade de cálcio, magnésio e ácido úrico no sangue, toxicidade para os músculos, problemas respiratórios, sensibilidade aumentada à temperatura e aumento das mamas; • contraindicações em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos; • risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem. 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 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 seguinte medicamento: ( ) ciclofosfamida ( ) ciclosporina

Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
_____			
<b>Assinatura do paciente ou do responsável legal</b>			
Médico Responsável:	CRM:	UF:	
_____			
<b>Assinatura e carimbo do médico</b>			
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
1	<input type="text"/>			
2	<input type="text"/>			
3	<input type="text"/>			
4	<input type="text"/>			
5	<input type="text"/>			

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 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\*  Hoje

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  Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

CPF ou  CNS

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

22- Correio eletrônico do paciente

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO