

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO DE DOENÇA DE CROHN

Ato administrativo:

Portaria Conjunta nº 14 de 28 de novembro de 2017.

MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS POR CID



	CONCENTRAÇÕES	FORMA FARMACÊUTICA	GRUPO E ORGANIZAÇÃO	CID
ADALIMUMABE	40 MG	SERINGA PREENCHIDA - INJETÁVEL	GRUPO 1 A	K50.0, K50.1 e K50.8
AZATIOPRINA	50 MG	COMPRIMIDO	GRUPO 2	K50.0, K50.1 e K50.8
CERTOLIZUMABE PEGOL	200 MG/ML	SERINGA PREENCHIDA - INJETÁVEL	GRUPO 1A	K50.0, K50.1 e K50.8
INFLIXIMABE	10 ML/ML	FRASCO/AMPOLA (10 ML) - INJETÁVEL	GRUPO 1A	K50.0, K50.1 e K50.8
MESALAZINA	400MG e 500 mg	COMPRIMIDO	GRUPO 2	K50.0, K50.1 e K50.8
METOTREXATO	25 MG/ML	AMPOLA 2ML - INJETÁVEL	GRUPO 1A	K50.0, K50.1 e K50.8
SULFASSALAZINA	500 MG	COMPRIMIDO	GRUPO 2	K50.0, K50.1 e K50.8

DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA



- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME) (VALIDADE DE 90 DIAS);
- PRESCRIÇÃO MÉDICA (VALIDADE DE 90 DIAS);

OBSERVAÇÃO: O LAUDO MÉDICO, A PRESCRIÇÃO MÉDICA E O LME DEVEM SER ORIUNDOS DO MESMO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE.

- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (VALIDADE DE 90 DIAS);
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREENCHIDO (NO CASO DE ASSINATURA POR RESPONSÁVEL APRESENTAR IDENTIDADE E CPF DO MESMO);

PARA A ABERTURA DE PROCESSO OU RETIRADA DE MEDICAMENTOS POR UM PROCURADOR, ESTE DEVE APRESENTAR, **ALÉM DE TODA A DOCUMENTAÇÃO JÁ MENCIONADA**, OS SEGUINTE ITENS:

- DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS (MODELO EM ANEXO);
- CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE E CPF DO PROCURADOR;
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (COM VALIDADE DE 90 DIAS) OU AUTODECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (MODELO EM ANEXO).



ATENÇÃO

A AUSÊNCIA DE INFORMAÇÕES ESSENCIAIS NO LAUDO MÉDICO OU O PREENCHIMENTO INCOMPLETO DO QUESTIONÁRIO FACULTATIVO PODE RESULTAR EM EXIGÊNCIAS ADICIONAIS, DIFICULTANDO O ACESSO DO(A) PACIENTE AO TRATAMENTO SOLICITADO. PORTANTO, É FUNDAMENTAL QUE O LAUDO MÉDICO CONTENHA **TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS**, CONFORME AS ORIENTAÇÕES ABAIXO. CASO OPTE PELA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO FACULTATIVO, É FUNDAMENTAL QUE ESSE SEJA **TOTALMENTE RESPONDIDO**.

LAUDO

- APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO (FACULTATIVO) PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE CROHN (FACULTATIVO);

ou

- APRESENTAÇÃO DE LAUDO MÉDICO EMITIDO POR GASTROENTEROLOGISTA OU PROCTOLOGISTA CONTENDO:
 - PONTUAÇÃO DO ÍNDICE DE HARVEY-BRADSHAW E GRAVIDADE DA DOENÇA;
 - SITUAÇÃO ATUAL (INDUÇÃO DA REMISSÃO OU MANUTENÇÃO DA REMISSÃO);



LAUDO (CONTINUAÇÃO)



- TRATAMENTO(S) PRÉVIO(S), INCLUINDO TEMPO DE UTILIZAÇÃO DO(S) MEDICAMENTO(S), RELATO DE SUCESSO E/OU FALHA TERAPÊUTICA, HIPERSENSIBILIDADE E CONTRAINDICAÇÕES;
- SEGMENTO(S) ACOMETIDO(S).



EXAMES - OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PACIENTES

- CÓPIA DO LAUDO DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAIXA (COLONOSCOPIA) COM DUAS BIÓPSIAS DE CINCO SÍTIOS DISTINTOS (INCLUINDO O ÍLEO) (VAL.: SEM DATA);

OU

- CÓPIA DO LAUDO DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA (VAL.: SEM DATA);

OU

- CÓPIA DO LAUDO DA RADIOGRAFIA DE TRÂNSITO DE DELGADO (VAL.: SEM DATA);

OU

- CÓPIA DO LAUDO DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ENTERAL (VAL.: SEM DATA);

OU

- CÓPIA DO LAUDO DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ENTERAL (VAL.: SEM DATA);

OU

- CÓPIA DO LAUDO CIRÚRGICO (VAL.: SEM DATA);

OU

- CÓPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLÓGICO (VAL.: SEM DATA).

EXAMES - DE ACORDO COM O MEDICAMENTO SOLICITADO



PARA A SOLICITAÇÃO DE ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE E INFLIXIMABE, ALÉM DOS EXAMES OBRIGATÓRIOS, ACRESCENTAR:

- CÓPIA DO LAUDO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX (VAL 180 DIAS);
 CÓPIA DA PROVA TUBERCULÍNICA (PT) - PPD E REAÇÃO DE MANTOUX (VAL. 180 DIAS) **OU** INTERFERON GAMA RELEASE ASSAY (IGRA) (VAL. 180 DIAS).

PARA A SOLICITAÇÃO DE METOTREXATO, ALÉM DOS EXAMES OBRIGATÓRIOS, ACRESCENTAR:

- CÓPIA DO EXAME DE BHCG PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL (VAL 15 DIAS);
 CÓPIA DO LAUDO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX (VAL 180 DIAS);
 CÓPIA DA PROVA TUBERCULÍNICA (PT) - PPD E REAÇÃO DE MANTOUX (VAL. 180 DIAS) **OU** INTERFERON GAMA RELEASE ASSAY (IGRA) (VAL. 180 DIAS).



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ATENÇÃO AS INFORMAÇÕES PRESENTES NAS NOTAS ABAIXO:

A ASSOCIAÇÃO ENTRE METOTREXATO E INFLIXIMABE NÃO É PRECONIZADA PELO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DA DOENÇA DE CROHN.

NOTA 1: ASSOCIAÇÃO MEDICAMENTOSA

NOTA 2: EXAMES

EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA SERÃO ACEITOS **EXCLUSIVAMENTE** EM CASOS DE DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR, NÃO SENDO CONSIDERADOS SUBSTITUTOS DOS EXAMES DE RADIOGRAFIA OU TOMOGRAFIA DO TÓRAX.

OUTROS EXAMES E DOCUMENTOS



A ENTREGA DOS EXAMES/DOCUMENTOS LISTADOS ABAIXO DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE. ESSES PODEM SER EXIGIDOS POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA QUE A AVALIAÇÃO DA SUA SOLICITAÇÃO SEJA CONCLUÍDA. VERIFIQUE COM SEU MÉDICO A NECESSIDADE DE ENTREGA DESSES EXAMES/DOCUMENTOS CONFORME O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESPECÍFICO PARA SUA SITUAÇÃO CLÍNICA.

- CÓPIA DO EXAME DE PROTEÍNA-C REATIVA (QUALQUER DATA);
 CÓPIA DO EXAME DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (QUALQUER DATA).

QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE CROHN (FACULTATIVO)

1. NOME DO(A) PACIENTE:

2. IDADE:

3. SEXO:

FEMININO

MASCULINO

4. PACIENTE GESTANTE OU LACTANTE? (PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO EM IDADE FÉRTIL)

SIM

NÃO

NÃO SE APLICA

() GESTANTE DE _____ SEMANAS

() LACTANTE

5. ÍNDICE DE HARVEY-BRADSHAW (IHB)

IHB ≤4 - PACIENTE ASSINTOMÁTICO(A) SEM USO DE CORTICOSTEROIDE

IHB = 5

IHB = 7

IHB ≤4 - PACIENTE ASSINTOMÁTICO(A) CORTICODEPENDENTE

IHB = 6

IHB ≥ 8

6. GRAVIDADE

LEVE

MODERADA

GRAVE

7. LOCALIZAÇÃO DA DOENÇA DE CROHN

ILEAL

COLÔNICA

ILEOCOLÔNICA

TRATO GASTROINTESTINAL SUPERIOR

DETALHES(S)/
COMENTÁRIO(S)

8. PRESENÇA DE FÍSTULAS PERIANAIS

SIM

→ SIMPLES OU COMPLEXAS?

NÃO

() SIMPLES

() COMPLEXAS

9. SITUAÇÃO ATUAL

INDUÇÃO DA REMISSÃO

MANUTENÇÃO DA REMISSÃO

10. SOLICITAÇÃO ATUAL

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO

() PRIMEIRA SOLICITAÇÃO DE _____

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO/SUBSTITUIÇÃO/AJUSTE DE DOSE DE MEDICAMENTO

() SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE _____

() SOLICITAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO DE _____

POR _____

() AJUSTE DE DOSE DE _____

11. HISTÓRICO DE TRATAMENTO

MEDICAMENTO	FALHA, INTOLERÂNCIA OU HIPERSENSIBILIDADE?		
<input type="radio"/> ADALIMUMABE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	→ DETALHAR: _____
<input type="radio"/> ALOPURINOL	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	→ DETALHAR: _____
<input type="radio"/> AZATIOPRINA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	→ DETALHAR: _____
<input type="radio"/> CERTOLIZUMABE PEGOL	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	→ DETALHAR: _____
<input type="radio"/> CIPROFLOXACINO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	→ DETALHAR: _____
<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	→ DETALHAR: _____
<input type="radio"/> INFLIXIMABE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	→ DETALHAR: _____
<input type="radio"/> MESALAZINA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	→ DETALHAR: _____
<input type="radio"/> METILPREDNISOLONA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	→ DETALHAR: _____
<input type="radio"/> METOTREXATO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	→ DETALHAR: _____
<input type="radio"/> METRONIDAZOL	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	→ DETALHAR: _____
<input type="radio"/> PREDNISONA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	→ DETALHAR: _____
<input type="radio"/> SULFASSALAZINA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	→ DETALHAR: _____

12. TUBERCULOSE (INDISPENSÁVEL PARA SOLICITAÇÃO DOS MEDICAMENTOS ADALIMUMABE, INFLIXIMABE E CERTOLIZUMABE):

PACIENTE POSSUI DIAGNÓSTICO ATUAL DE TUBERCULOSE?

NÃO

SIM

ESTADO DA INFECÇÃO POR *Mycobacterium tuberculosis*

TUBERCULOSE LATENTE

TUBERCULOSE ATIVA

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

TUBERCULOSE PULMONAR

TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR (INFORMAR O(S) ÓRGÃO(S) E/OU SISTEMA(S) ACOMETIDO(S) ABAIXO)

TRATAMENTO

→ ESQUEMA TERAPÊUTICO EMPREGADO:

→ DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO:

____/____/____

→ DATA DE PREVISÃO PARA O FIM TRATAMENTO:

____/____/____

PACIENTE FOI DIAGNOSTICADO COM TUBERCULOSE ANTERIORMENTE?

NÃO

SIM

ESTADO DA INFECÇÃO POR *Mycobacterium tuberculosis*

TUBERCULOSE LATENTE

TUBERCULOSE ATIVA

TRATAMENTO REALIZADO

ESQUEMA TERAPÊUTICO EMPREGADO:

PACIENTE CONCLUIU TRATAMENTO?

SIM

NÃO

ACHADOS DE EXAME DE IMAGEM APRESENTAM SEQUELAS?

SIM

NÃO

13. ASSINALE A OPÇÃO CORRESPONDENTE CASO O(A) PACIENTE SEJA PORTADOR(A) DE ALGUMA DAS INFECÇÕES CRÔNICAS ABAIXO:

HIV

HEPATITE B

HEPATITE C

14. OUTRAS INFECÇÕES:

COM BASE NA AVALIAÇÃO CLÍNICA, HÁ SUSPEITA DE OUTRA(S) INFECÇÃO(ÕES) NO MOMENTO?

NÃO

SIM → DETALHAR ABAIXO:

15. OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES:

DATA DE PREENCHIMENTO: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

SULFASSALAZINA, MESALAZINA, AZATIOPRINA, METOTREXATO, INFLIXIMABE, ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE PEGOL E METILPREDNISOLONA.

Eu, _____ declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de sulfassalazina, mesalazina, azatioprina, metotrexato, infliximabe, adalimumabe, certolizumabe pegol e metilprednisolona, indicados para o tratamento da doença de Crohn.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- remissão dos sintomas em caso de doença ativa;
- prevenção de recorrências se em remissão;
- fechamento de todas as fístulas.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos: - sulfassalazina, mesalazina, adalimumabe, infliximabe e certolizumabe pegol: risco na gravidez é improvável; estudos em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; - azatioprina e metilprednisolona: há evidências de riscos ao feto com o uso, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos;

-sulfassalazina, mesalazina, adalimumabe, infliximabe e certolizumabe pegol: risco na gravidez é improvável; estudos em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos;

- **azatioprina e metilprednisolona:** há evidências de riscos ao feto com o uso, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos;

- **metotrexato:** medicamento classificado na gestação como fator de risco X (seu uso é contraindicado em gestantes ou em mulheres que planejam engravidar);

- **efeitos adversos mais comuns da sulfassalazina:** dores de cabeça, reações alérgicas (dores nas juntas, febre, coceira, erupção cutânea), sensibilidade aumentada aos raios solares, dores abdominais, náusea, vômitos, perda de apetite, diarreia; efeitos adversos mais raros: diminuição do número dos glóbulos brancos no sangue, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplástica), anemia por aumento da destruição dos glóbulos vermelhos do sangue (anemia hemolítica), diminuição do número de plaquetas no sangue (aumento dos riscos de sangramento), piora dos sintomas da retocolite ulcerativa, problemas no fígado, falta de ar associada a tosse e febre (pneumonite intersticial), dor nas juntas, dificuldade para engolir, cansaço associado à formação de bolhas e à perda de pele e de mucosa (síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica) e desenvolvimento de sintomas semelhantes aos do lúpus eritematoso sistêmico (ou seja, bolhas na pele, dor no peito, mal-estar, erupções cutâneas, falta de ar e coceira);

- **efeitos adversos da mesalazina:** dores de cabeça, reações alérgicas (dores nas juntas, febre, coceira, erupção cutânea), sensibilidade aumentada aos raios solares, queda de cabelo, dores abdominais, náusea, vômitos, perda de apetite, diarreia, diarreia com sangue, tonturas, rinite, cansaço ou fraqueza; efeitos adversos mais raros: hepatite medicamentosa, pancreatite e pericardite;

- **efeitos adversos da azatioprina:** diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, problemas no fígado e no pâncreas, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, queda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos, falta de ar, pressão baixa, problemas nos pulmões, reações de hipersensibilidade e diminuição das defesas imunológicas do organismo com ocorrência de infecções; pode causar câncer em animais e, provavelmente, tenha o mesmo efeito na espécie humana;

- **efeitos adversos do metotrexato:** convulsões, confusão mental, febre, calafrios, sonolência, queda de cabelo, espinhas e furúnculos, alergias de pele, sensibilidade à luz, alterações da pigmentação da pele, formação de bolhas e perda de regiões da pele e de mucosas (síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica), náusea, vômitos, perda de apetite, inflamação na boca, úlceras de trato gastrointestinal, problemas no fígado, diminuição das células brancas do sangue e das plaquetas, problemas nos rins, problemas nos pulmões, diminuição das defesas imunológicas do organismo com ocorrência de infecções;

- **efeitos adversos do infliximabe:** náusea, diarreia, dor abdominal, vômito, má digestão, azia, dor de cabeça, fadiga, febre, tontura, dor, rash cutâneo, prurido, bronquite, rinite, infecção de vias aéreas superiores, tosse, sinusite, faringite, reativação de tuberculose, reação à infusão, dor no peito, infecções, reações de hipersensibilidade, dor nas juntas, dor nas costas, infecção do trato urinário; outros efeitos: abscesso, hérnia abdominal, aumento dos níveis das enzimas hepáticas, anemia, ansiedade, apendicite, artrite, problemas no coração, câncer de pele, cólica biliar, fratura óssea, infarto cerebral, câncer de mama, celulite, colecistite, colelitíase, confusão, desidratação, delírio, depressão, hérnia diafragmática, falta de ar, disúria, inchaço, confusão mental, endometriose, endoftalmite, furúnculos, úlcera gástrica, hemorragia gastrointestinal, hepatite colestática, herpes zóster (cobreiro), hidronefrose, pressão alta ou baixa, hérnia de disco intervertebral, inflamação, obstrução intestinal, perfuração intestinal, estenose intestinal, cisto articular, degeneração articular, infarto renal, leucopenia, linfangite, lúpus eritematoso sistêmico, linfoma, mialgia, isquemia miocárdica, osteoartrite, osteoporose, isquemia periférica, problemas nos pulmões, nos rins e no pâncreas, adenocarcinoma de reto, sepse, sonolência, tentativa de suicídio, desmaios, problemas nos tendões, diminuição de plaquetas, trombose, úlceras e perda de peso; pode facilitar o estabelecimento ou agravar infecções fúngicas e bacterianas;

- **efeitos adversos do adalimumabe:** infecção do trato respiratório superior, dor, inchaço, vermelhidão e prurido no local da injeção; outras reações: vários tipos de infecções (respiratórias, urinárias, dermatológicas), linfopenia, anemia, dor de cabeça, dormências, hipertensão, tosse, dor nasofaríngea, congestão nasal, distúrbios gastrointestinais (náusea, dor abdominal), distúrbios cutâneos e subcutâneos, fadiga e fraqueza; algumas precauções devem ser tomadas em relação à possível reativação do vírus da hepatite B em portadores crônicos do vírus, ou em casos de infecções localizadas e crônicas; pode facilitar o estabelecimento ou agravar infecções fúngicas e bacterianas;

- **efeitos adversos do certolizumabe pegol:** os efeitos adversos mais comuns observados foram infecção respiratória superior, infecções no trato urinário e artralgia. As reações adversas mais graves foram infecções graves, neoplasias malignas e insuficiência cardíaca.

- **efeitos adversos da metilprednisolona:** retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, problema nos ossos (osteoporose), problemas de estômago (úlceras), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação e manifestação de diabetes mérito;

- contraindicação em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos;

- o 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 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 seguinte medicamento:

() adalimumabe

() azatioprina

() certolizumabe pegol

() infliximabe

() mesalazina

() metilprednisolona

() metotrexato

() sulfasalazina

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:
Data: ____/____/____		
Assinatura e carimbo do médico: _____		

Nota 1: A prescrição de biológicos dependerá da disponibilidade desses medicamentos no âmbito da Assistência Farmacêutica do SUS.

Nota 2: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

Nota 3: O seguinte medicamento integra o procedimento hospitalar da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS: 06.03.01.001-6 Metilprednisolona 500 mg injetável (por ampola).

Nota 4: O seguinte medicamento integra o procedimento hospitalar da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS: 06.03.02.005-4 Ciclosporina 50 mg injetável (por frasco-ampola).

ÍNDICE DE HARVEY-BRADSHAW

Nome do(a) paciente: _____

Variável	Descrição	Descrição			
1	Bem-estar geral	0 = muito bem	1 = levemente comprometido	2 = ruim	3 = muito ruim 4 = péssimo
2	Bem-estar geral	0 = nenhuma	1 = leve	2 = moderada	3 = intensa
3	Número de evacuações líquidas por dia	1 por cada evacuação			
4	Massa abdominal	0 = ausente	1 = duvidosa	2 = definida	3 = definida e dolorosa
5	Complicações	1 por item:			
		<input type="radio"/> Artralgia (+1)	<input type="radio"/> Eritema nodoso (+1)	<input type="radio"/> Úlceras aftosas (+1)	<input type="radio"/> Pioderma gangrenoso (+1)
		<input type="radio"/> Fissura anal (+1)	<input type="radio"/> Uveíte (+1)	<input type="radio"/> Dor abdominal (+1)	<input type="radio"/> Nova fístula (+1) <input type="radio"/> Abscesso (+1)
Total		Soma dos escores das variáveis de 1 a 5			

Comentários (caso considere necessário):

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a): _____

AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Eu, _____, portador (a) do
(nome do paciente ou responsável)

CNS nº _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____,

autorizo o (a) Sr(a). _____,
(nome do procurador ou portador)

portador (a) da carteira de identidade nº _____ expedida pelo _____,

inscrito(a) no CPF sob o nº _____ residente na _____

_____, telefone de

contato (____) _____, a retirar meu(s) medicamento(s) na unidade do Componente

Especializado da Assistência Farmacêutica.

Data: _____

Assinatura Paciente/Responsável: _____

Assinatura do Procurador/Portador (a): _____

Autenticação do (a) Farmacêutico (a)/CEAF

Observações:

- Este documento deverá ser apresentado no momento da dispensação, juntamente com os seguintes documentos:
- Identidade, CPF e Comprovante de Residência do PROCURADOR/PORTADOR (a) (original e cópia);
- Identidade do PACIENTE (cópia);
- Cartão Original de Dispensação da unidade (caso a unidade possua);
- Receituário Médico e LME atualizados (se solicitados).

AUTODECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____ ,
(nome completo sem abreviações)

de nacionalidade _____ , RG _____ , órgão

emissor _____ , CPF _____ , declaro que sou

residente e domiciliado na _____

número _____ , complemento _____ , bairro _____

_____ , município _____ ,

estado _____ , CEP: _____ .

Por ser expressão da verdade e estar ciente de que constitui o crime de falsidade ideológica do artigo 299 do Código Penal Brasileiro “Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente” punível com reclusão de um a três anos, e multa, FIRMO o presente instrumento para que produza os efeitos legais.

_____, _____ de _____ de _____.

declarante