

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO DE ENDOMETRIOSE

Ato administrativo:

Portaria SAS/MS nº 879 - 12/07/2016.



MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS POR CID

	CONCENTRAÇÕES	FORMA FARMACÊUTICA	GRUPO E ORGANIZAÇÃO	CID
GOSSERRELINA	3,60 MG e 10,80 MG	SERINGA PREENCHIDA (INJETÁVEL)	GRUPO 1B	N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5 e N80.8
LEUPRORRELINA	3,75 MG	FRASCO/AMPOLA - (INJETÁVEL)	GRUPO 1B	N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5 e N80.8
TRIPTORRELINA	3,75 MG e 11,25 MG	SUSP - FRASCO/AMPOLA (INJETÁVEL)	GRUPO 1B	N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5 e N80.8

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 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (VALIDADE DE 90 DIAS);
 - CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
 - TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREENCHIDO (NO CASO DE ASSINATURA POR RESPONSÁVEL, DEVE-SE APRESENTAR IDENTIDADE E CPF DO MESMO E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA COM VALIDADE DE 90 DIAS OU AUTODECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA - MODELO EM ANEXO);
- PARA A ABERTURA DE PROCESSO OU RETIRADA DE MEDICAMENTOS POR UM PROCURADOR, ESTE DEVE APRESENTAR, **ALÉM DE TODA A**

DOCUMENTAÇÃO JÁ MENCIONADA, OS SEGUINTEIS 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).



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

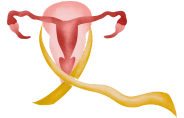
- LAUDO MÉDICO COM DESCRIÇÃO CLÍNICA DETALHADA DOS SINAIS E SINTOMAS, DESCREVENDO A DOR PÉLVICA COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA A SER TRATADA, TRATAMENTOS PRÉVIOS UTILIZADOS, CONTRACEPTIVOS OU PROGESTÁGENOS E O TEMPO DE TRATAMENTO.
- OU**
- APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO (FACULTATIVO) PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE.



EXAMES OBRIGATÓRIOS (TODOS OS MEDICAMENTOS):

- CÓPIA DO EXAME DE B-HCG SÉRICO PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL (VAL: 15 DIAS);
 - CÓPIA DO LAUDO DE RM DE PELVE (VAL: QUALQUER DATA);
- OU**
- CÓPIA DO LAUDO DE LAPAROSCOPIA/LAPAROTOMIA SEGUINDO A CLASSIFICAÇÃO REVISADA DA ASRM (VALIDADE: QUALQUER DATA);
- OU**
- CÓPIA DE LAUDO DE ANATOMOPATOLÓGICO DE BIÓPSIA PERITONEAL (VALIDADE: QUALQUER DATA).

QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE (FACULTATIVO)



1. NOME DO(A) PACIENTE:

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:

3. MARCAR CASO O PACIENTE APRESENTE ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:

- | | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> GESTAÇÃO | <input type="checkbox"/> DOENÇA TROMBOEMBÓLICA ATIVA OU HISTÓRICO DE TROMBOSE |
| <input type="checkbox"/> LACTAÇÃO | <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO GENITAL DE ORIGEM DESCONHECIDA |
| <input type="checkbox"/> HIPERSENSIBILIDADE AO FÁRMACO | |

4. OS CRITÉRIOS INFORMADOS SÃO OBRIGATÓRIOS, O PACIENTE DEVE APRESENTAR TODAS AS OPÇÕES ABAIXO:

- DOR PÉLVICA COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA A SER TRATADA
- COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA DE ENDOMETRIOSE POR LAPAROSCOPIA/LAPAROTOMIA COM LAUDO DESCRITIVO SEGUINDO A CLASSIFICAÇÃO REVISADA DA ASRM OU RESULTADO DE ANATOMOPATOLÓGICO DE BIÓPSIA PERITONEAL
- PACIENTE ATENDIDO EM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM GINECOLOGIA
- TRATAMENTO PRÉVIO POR 6 MESES COM CONTRACEPTIVOS ORAIS OU PROGESTÁGENOS SEM RESPOSTA AO TRATAMENTO OU COM RECIDIVA DE SINTOMATOLOGIA DE DOR RELACIONADA À ENDOMETRIOSE APÓS O TRATAMENTO COM CONTRACEPTIVOS ORAIS OU PROGESTÁGENOS

5. INFORMAR OS TRATAMENTOS PRÉVIOS E O TEMPO DE TRATAMENTO:

EU, MÉDICO(A), ASSUMO INTEGRAL RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS.

DATA DE
PREENCHIMENTO: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO
DO(A) MÉDICO(A) RESPONSÁVEL: _____

Março

amarelo

Mês de conscientização da endometriose



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

GOSSERRELINA, LEUPRORRELINA, TRIPTORRELINA E DANAZOL.

Eu, _____ (nome da paciente), declaro ter sido informada claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do(s) medicamento(s) gosserrrelina, leuprorrelina, triptorrelina e danazol, indicados para o tratamento da endometriose.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim declaro que fui claramente informada de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- diminuição da dor; e
- redução dos nódulos endometrióticos.

Fui também claramente informada a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos

- medicamentos contraindicados em gestantes ou em mulheres planejando engravidar;
- medicamentos contraindicados em mulheres que estão amamentando (lactantes);
- os efeitos colaterais já relatados são:
- gosserrrelina: frequentes – calorões, distúrbios menstruais; menos frequentes – visão borrada, diminuição da libido, cansaço, dor de cabeça, náusea, vômitos, dificuldade para dormir, ganho de peso, vaginite; raros – angina ou infarto do miocárdio, tromboflebitas.
- leuprorrelina: frequentes – calorões, diarreia, distúrbios menstruais; menos frequentes – arritmias cardíacas, palpitações; raros – boca seca, sede, alterações do apetite, ansiedade, náusea, vômitos, desordens de personalidade, desordens da memória, diminuição da libido, ganho de peso, dificuldades para dormir, delírios, dor no corpo, perda de cabelo e distúrbios oftalmológicos.
- triptorrelina: frequentes – calorões, dores nos ossos, impotência, dor no local da injeção, hipertensão, dores de cabeça; menos frequentes – dores nas pernas, fadiga, vômitos, insônia; raros – tonturas, diarreia, retenção urinária, infecção do trato urinário, anemia, prurido.
- danazol: frequentes – distúrbios da menstruação, ganho de peso, calorões; menos frequentes – inchaço, escurecimento da urina, cansaço, sonolência, acne, aumento da oleosidade do cabelo e pele, perda de cabelo, alteração da voz, crescimento do clitóris ou atrofia testicular; raros – adenoma, catarata, eosinofilia, disfunção hepática, pancreatite, hipertensão intracraniana manifestada por dor de cabeça, náusea e vômitos, leucocitose, pancreatite, rash cutâneo, síndrome de Stevens-Johnson, trombocitopenia, fotossensibilidade.
- medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos;
- o risco de ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que esse(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser assistida, inclusive se desistir de usar o medicamento.

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

() Sim () Não

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s)

() gosserrrelina () leuprorrelina () triptorrelina () danazol

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:		

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