



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria de Atenção à Saúde
Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE HIDRADENITE SUPURATIVA – CID: L73.2

MEDICAMENTOS	CID ATENDIDOS
ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL - SERINGA PREENCHIDA	L73.2

DOCUMENTOS

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME) (VALIDADE DE 90 DIAS);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (VALIDADE DE 90 DIAS);
- PRESCRIÇÃO MÉDICA (VALIDADE DE 90 DIAS);
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREENCHIDO (NO CASO DE ASSINATURA POR RESPONSÁVEL APRESENTAR IDENTIDADE E CPF DO MESMO) (VALIDADE DE 90 DIAS);
- NO CASO DE RETIRADA POR PORTADOR: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS COM CÓPIA DE RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE.

INFORMAÇÕES E EXAMES

NOTA:

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 (Todos os medicamentos) - VALIDADE DE 90 DIAS:

- APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO (FACULTATIVO) PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HIDRADENITE SUPURATIVA;

OU

- LAUDO MÉDICO CONTENDO AS SEGUINTE INFORMAÇÕES:
 - LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DAS LESÕES, COM SUAS RESPECTIVAS CARACTERÍSTICAS DE LESÕES TÍPICAS;
 - ESTÁGIO HURLEY;
 - *HIDRADENITIS SUPPURATIVA SEVERITY SCORE SYSTEM (IHS4) (FACULTATIVO)*;
 - EXISTÊNCIA OU AUSÊNCIA DE HISTÓRICO FAMILIAR;
 - PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE ALTERAÇÕES NA MICROFLORA DA PELE E EVIDÊNCIA (OU NÃO) DE PATÓGENOS MICROBIOLÓGICOS;
 - TRATAMENTOS UTILIZADOS, INCLUINDO SEUS RESPECTIVOS RESULTADOS;
 - RELATO DA AVALIAÇÃO DE POSSÍVEIS INFECÇÕES (INCLUINDO TUBERCULOSE).

EXAMES:

- 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 – **OU** *INTERFERON GAMA RELEASE ASSAY (IGRA)* (VAL. 180 DIAS).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

NOTA:

- 1) O MEDICAMENTO ADALIMUMABE É INDICADO APENAS PARA PACIENTES COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 18 ANOS.
- 2) 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/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 DOSAGEM DE PROTEÍNA C-REATIVA (VAL.: QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO EXAME DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS) (VAL.: QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO EXAME DE SEDIMENTAÇÃO GLOBULAR (VSG) (VAL.: QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO RESULTADO DA CULTURA MICROBIOLÓGICA E O TESTE DE SENSIBILIDADE AOS ANTIMICROBIANOS (VAL.: QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO LAUDO DA ULTRASSONOGRAFIA DE PELE COM TRANSDUTOR DE ALTA FREQUÊNCIA (VAL.: QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO LAUDO DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (VAL.: QUALQUER DATA).

QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HIDRADENITE SUPURATIVA (facultativo)

1. NOME DO PACIENTE:

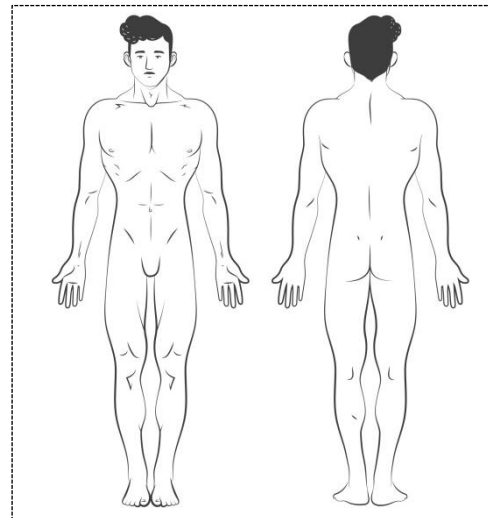
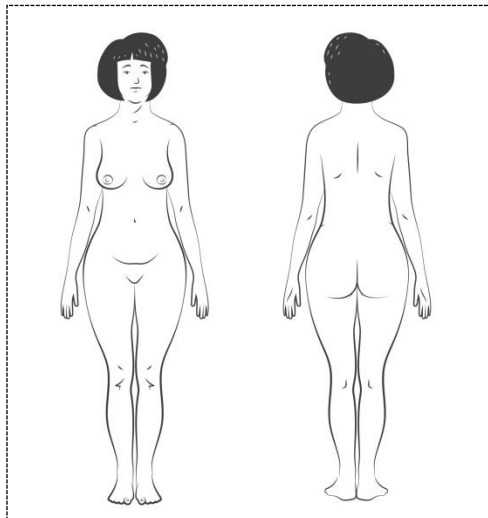
2. IDADE:

3. SEXO:

FEMININO

MASCULINO

4. MARQUE, NA ILUSTRAÇÃO A SEGUIR, AS REGIÕES COM LESÕES TÍPICAS, DE ACORDO COM O SEXO DO(A) PACIENTE:



5. ASSINALE AS CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES TÍPICAS

NÓDULOS

- INFLAMATÓRIO
 NÃO INFLAMATÓRIO
 ÚNICO
 MÚLTIPLOS

TRATOS SINUSAIS

- INFLAMATÓRIO
 NÃO INFLAMATÓRIO

CICATRIZES

- ATRÓFICAS HIPERTRÓFICA
 EM MALHA LINEAR
 VERMELHA

ABCESSOS

COMEDÕES

6. ESTÁGIO HURLEY

ESTÁGIO I

ABCESSO ÚNICO, OU MÚLTIPLOS, PORÉM SEM FÍSTULAS OU CICATRIZES

ESTÁGIO II

ABCESSO RECORRENTE ÚNICO, OU MÚLTIPLOS, SEPARADOS, COM FORMAÇÃO DE FÍSTULAS E CICATRIZES

ESTÁGIO III

MÚLTIPLAS FÍSTULAS INTERCONECTADOS E ABCESSOS ENVOLVENDO AO MENOS UMA ÁREA ANATÔMICA COMPLETA

7. HISTÓRICO FAMILIAR

PACIENTE APRESENTA HISTÓRICO FAMILIAR DE HIDRADENITE SUPURATIVA?

SIM **DETALHAR** → _____

NÃO _____

CRITÉRIO MICROBIOLÓGICO**8. ASSINALE A OPÇÃO CORRESPONDENTE ABAIXO:****EVIDÊNCIA DE PATÓGENOS?**

() SIM () NÃO

PRESENÇA DE MICROFLORA NORMAL NA PELE?

() SIM () NÃO

8.1 COMENTÁRIOS (CASO CONSIDERE NECESSÁRIO):

9. PREENCHA, ADEQUADAMENTE, OS TRATAMENTOS JÁ REALIZADOS PELO(A) PACIENTE:**HISTÓRICO DE TRATAMENTOS**

MEDICAMENTOS	POSOLOGIA EMPREGADA	TEMPO DE TRATAMENTO
<input type="checkbox"/> FOSFATO DE CLINDAMICINA 1% (TÓPICO)		
<input type="checkbox"/> CLORIDRATO DE TETRACICLINA (SISTÊMICO)		
<input type="checkbox"/> CLORIDRATO DE CLINDAMICINA (SISTÊMICO)		
<input type="checkbox"/> RIFAMPICINA (SISTÊMICO)		
<input type="checkbox"/> CLINDAMICINA + RIFAMPICINA (SISTÊMICOS)		
<input type="checkbox"/> ADALIMUMABE (SISTÊMICO)		
<input type="checkbox"/> OUTROS (DETALHAR):		

10. TUBERCULOSE:

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

11. OUTRAS INFECÇÕES

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

NÃO

SIM (DETALHAR AO LADO)

12. OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES

DATA DE PREENCHIMENTO: ___/___/___

ASSINATURA E CARIMBO: _____

MÉDICO



Estágios de Hurley

Nome do(a) paciente: _____

Estágio	Descrição
Estágio I	Abscesso único, ou múltiplos, porém sem fístulas ou cicatrizes
Estágio II	Abscesso recorrente único, ou múltiplos, separados, com formação de fístulas e cicatrizes
Estágio III	Múltiplas fístulas interconectados e abscessos envolvendo ao menos uma área anatômica completa

Estágio: _____

Comentários: _____

Data: ____/____/____

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



Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4)

Nome do(a) paciente: _____

$$\text{IHS4} = (\text{n}^\circ \text{ de nódulos} \times 1) + (\text{n}^\circ \text{ de abscessos} \times 2) + (\text{n}^\circ \text{ de fístulas drenantes} \times 4)$$

n° de nódulos:

_____ x 1

+

n° de abscessos:

_____ x 2

+

n° de fístulas drenantes:

_____ x 4

=

TOTAL: _____

Comentários: _____

Data: ____/____/____

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



Physician's Global Assessment (HS-PGA):

Nome do(a) paciente: _____

Classificação	Definição
Sem lesões Score = 0	0 abscessos, 0 fístulas, 0 nódulos inflamatórios e 0 nódulos não inflamatórios
Mínima (Score = 1)	0 abscessos, 0 fístulas, 0 nódulos inflamatórios e presença de nódulos não inflamatórios
Leve (Score = 2)	0 abscessos, 0 fístulas e 1-4 nódulos inflamatórios ou 1 abscesso ou fístula e 0 nódulos não inflamatórios
Moderada (Score = 3)	0 abscessos, 0 fístulas, e > 5 nódulos inflamatórios; ou 1 abscesso ou fístula e > 1 nódulo inflamatório; ou 2-5 abscessos ou fístulas e < 10 nódulos inflamatórios
Grave (Score = 4)	2-5 abscessos ou fístulas e > 10 nódulos inflamatórios
Muito grave (Score = 5)	> 5 abscessos ou fístulas

Classificação/score: _____

Comentários: _____

Data: ____/____/____

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

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ADALIMUMABE, CLINDAMICINA, RIFAMPICINA E TETRACICLINA.

Eu, _____ [nome do(a) paciente], declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de fosfato de clindamicina, cloridrato de tetraciclina, cloridrato de clindamicina, rifampicina e adalimumabe, indicados para o tratamento da hidradenite supurativa.

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

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

- melhora dos sintomas da doença;
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- **Fosfato de clindamicina 1%:** Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes; pacientes com antecedentes de enterite regional, colite ulcerativa ou colite induzida ou associada a antibióticos (incluindo colite pseudomembranosa). Não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou durante a amamentação;
- **Cloridrato de tetraciclina:** Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes, na gestação e amamentação;
- **Cloridrato de clindamicina:** Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes e amamentação;
- **Rifampicina:** Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes. Não deve ser administrada simultaneamente com a combinação de saquinavir/ritonavir;
- **Adalimumabe:** Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes; infecções graves devido a bactérias, micobactérias, infecções fúngicas invasivas (histoplasmose disseminada ou extrapulmonar, aspergilose, coccidioidomicose), virais, parasitárias ou outras infecções oportunistas; tuberculose ativa e latente ; insuficiênciacardiacaNew York Heart Association (NYHA) III e IV,; vacinação com vírus vivo .

Estou 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 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(s) seguinte(s) medicamento(s):

() Fosfato de clindamicina 1% () Cloridrato de tetraciclina () Cloridrato de clindamicina

() Rifampicina () Adalimumabe

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 de preenchimento: ____/____/____		
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.



AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

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

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);