



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO HIPERTENSÃO PULMONAR – CIDS: I27.0, I27.2, I27.8

MEDICAMENTOS	CIDs ATENDIDOS
AMBRISENTANA 5 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	I27.0, I27.2, I27.8
AMBRISENTANA 10 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	I27.0, I27.2, I27.8
BOSENTANA 62,5 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	I27.0, I27.2, I27.8
BOSENTANA 125 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	I27.0, I27.2, I27.8
ILOPROSTA 10 MCG/ML AMP 1 ML	I27.0, I27.2, I27.8
SELEXIPAGUE 200 MCG COMPRIMIDO	I27.0, I27.2, I27.8
SELEXIPAGUE 400 MCG COMPRIMIDO	I27.0, I27.2, I27.8
SELEXIPAGUE 600 MCG COMPRIMIDO	I27.0, I27.2, I27.8
SELEXIPAGUE 800 MCG COMPRIMIDO	I27.0, I27.2, I27.8
SELEXIPAGUE 1000 MCG COMPRIMIDO	I27.0, I27.2, I27.8
SELEXIPAGUE 1200 MCG COMPRIMIDO	I27.0, I27.2, I27.8
SELEXIPAGUE 1400 MCG COMPRIMIDO	I27.0, I27.2, I27.8
SELEXIPAGUE 1600 MCG COMPRIMIDO	I27.0, I27.2, I27.8
SILDENAFILA 20 MG COMP	I27.0, I27.2, I27.8

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

NOTAS:

- 1) 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**.
- 2) ATENÇÃO: A DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA **VARIA** PARA CADA MEDICAMENTO, ESQUEMA TERAPÊUTICO, E AS CLASSIFICAÇÕES CLÍNICA, FUNCIONAL E DE RISCO, CONFORME DETALHADO NAS ORIENTAÇÕES A SEGUIR.

LAUDO EMITIDO POR HOSPITAIS HABILITADOS EM PNEUMOLOGIA (PARA TODOS OS PACIENTES):

- APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO (FACULTATIVO) PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DE HIPERTENSÃO PULMONAR;
- OU**
- O LAUDO DEVE CONTEMPLAR **TODAS** AS INFORMAÇÕES:
 - GRUPO E SUBGRUPO CLÍNICO DA CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA HIPERTENSÃO PULMONAR EM QUE O(A) PACIENTE FOI DIAGNOSTICADO(A);
 - CLASSE FUNCIONAL ATUAL DO PACIENTE;
 - GRUPO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NO QUAL O(A) PACIENTE ESTÁ INSERIDO, INCLUINDO OS DETERMINANTES DE PROGNÓSTICO UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO **OU** APRESENTAÇÃO DO ANEXO I (ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE MORTE EM UM ANO DOS PACIENTES COM HAP) DEVIDAMENTE ASSINADO E PREENCHIDO;
 - TERAPIA DE SUPORTE, CASO SEJA APLICÁVEL, ALÉM DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ESPECÍFICO UTILIZADO PREVIAMENTE.



OBSERVAÇÃO: NA SOLICITAÇÃO DE SELEXIPAGUE, **DEVE-SE INCLUIR NO LAUDO O CONTATO DO(A) MÉDICO(A) PRESCRITOR(A), COM E-MAIL E NÚMERO DE CELULAR.**

EXAMES OBRIGATÓRIOS (PARA TODOS OS PACIENTES):

CÓPIA DO LAUDO DE CATETERISMO CARDÍACO DIREITO (VAL.: QUALQUER DATA).

EXAMES OBRIGATÓRIOS (PARA SOLICITAÇÃO DE AMBRISENTANA E BOSENTANA):

CÓPIA DO EXAME DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASE (AST). **OBS.:** TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO) CORRESPONDE AO MESMO EXAME (VAL 180 DIAS);

CÓPIA DO EXAME DE ALANINA AMINOTRANSFERASE (ALT). **OBS.:** TRANSAMINASE GLUTÂMICA PIRÚVICA (TGP) CORRESPONDE AO MESMO EXAME (VAL 180 DIAS);

CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA (VAL. 180 DIAS).

EXAME OBRIGATÓRIO (PARA SOLICITAÇÃO DE AMBRISENTANA)

CÓPIA DO EXAME DE BHCg PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL (VAL 15 DIAS);

EXAMES OBRIGATÓRIOS (PARA PACIENTES DIAGNOSTICADO COM HAP IDIOPÁTICA, HEREDITÁRIA OU INDUZIDA POR MEDICAMENTOS):

INCLUIR TESTE DE VASORREATIVIDADE NO PROCEDIMENTO DE CATETERISMO CARDÍACO DIREITO E APRESENTÁ-LO JUNTO AO LAUDO DESSE EXAME (VAL.: QUALQUER DATA).

EXAMES OBRIGATÓRIOS (PARA PACIENTES DIAGNOSTICADO COM HAP ASSOCIADA A ESQUITOSSOMOSE):

CÓPIA DO EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES (VAL.: QUALQUER DATA).

EXAMES OBRIGATÓRIOS (PARA PACIENTES DIAGNOSTICADO COM HAP ASSOCIADA CARDIOPATIA CONGÊNITA):

CÓPIA DO EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES (VAL.: QUALQUER DATA).

EXAMES OBRIGATÓRIOS (PARA PACIENTES DIAGNOSTICADO COM HAP ASSOCIADA AO HIV):

CÓPIA DO EXAME DE ANTI-HIV (VAL.: 180 DIAS).

EXAMES OBRIGATÓRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE TERAPIA TRIPLA (PACIENTES COMO RISCO INTERMEDIÁRIO OU ALTO):

CÓPIA DO TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS (TC6M) (VAL.: APRESENTAR TESTE MAIS RECENTE).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 1) A MONOTERAPIA INICIAL ESTÁ INDICADA PARA ALGUNS GRUPOS ESPECÍFICOS DE HAP NOS QUAIS A RELAÇÃO EFICÁCIA E SEGURANÇA DA TERAPIA COMBINADA INICIAL NÃO ESTÁ ESTABELECIDO (VIDE QUADRO 9 DO PCDT).
- 2) OS MEDICAMENTOS AMBRISENTANA E SELEXIPAGUE SÃO PRECONIZADOS PARA MAIORES DE 18 ANOS.
- 3) MEDICAMENTO ILOPROSTA E SELEXIPAGUE USADO SOMENTE NA IMPOSSIBILIDADE DE USO DE AMBRISENTANA OU BOSENTANA QUANDO EM TERAPIA DUPLA COMBINADA, SENDO OBRIGATÓRIA A JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA EM LAUDO MÉDICO.
- 4) EM PACIENTES COM PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA INFERIOR A 85 MMHG, A ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO ILOPROSTA DEVE SER INTERROMPIDA IMEDIATAMENTE.
- 5) PARA SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO SELEXIPAGUE, DEVE-SE, **OBRIGATORIAMENTE**, INFORMAR O **E-MAIL E O NÚMERO DE CELULAR DO MÉDICO SOLICITANTE**.

ATENÇÃO: À EXCEÇÃO DA HAPI E FAMILIAR, TODAS AS DEMAIS ENFERMIDADES DEVEM SER ACOMPANHADAS DE CID SECUNDÁRIO, QUE ESPECIFIQUE A SITUAÇÃO ASSOCIADA À HAP.

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 ANTI-HBC TOTAL (VAL.: QUALQUE DATA);
- CÓPIA DO EXAME DE HBSAG (VAL.: QUALQUE DATA);
- CÓPIA DO EXAME DE ANTICORPO NUCLEAR (VAL.: QUALQUE DATA);
- CÓPIA DO EXAME DE FATOR REUMATÓIDE (VAL.: QUALQUE DATA);
- CÓPIA DO EXAME DO FATOR ANTI-NUCLEAR (FAN) (VAL.: QUALQUE DATA);
- CÓPIA DO EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA (VAL.: QUALQUE DATA);

- CÓPIA DO LAUDO DO EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN (VAL.: QUALQUE DATA);
- CÓPIA DO EXAME DE GASOMETRIA ARTERIAL (VAL.: QUALQUE DATA);
- CÓPIA DO LAUDO DO TESTE DE OXIMETRIA; (VAL.: QUALQUE DATA);
- CÓPIA DA FUNÇÃO PULMONAR (VAL.: QUALQUE DATA);
- CÓPIA DO EXAME DE ANTI-HCV (VAL.: 180 DIAS);
- CÓPIA DO LAUDO DE TOMOGRAFIA DE TÓRAX (VAL.: QUALQUE DATA);
- CÓPIA DO LAUDO DO EXAME DE RADIOGRAFIA (VAL.: QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO LAUDO DE POLISSONOGRAFIA (VAL.: QUALQUER DATA).



QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO PULMONAR (facultativo)

1. NOME DO PACIENTE:

2. IDADE:

3. SEXO:

FEMININO

MASCULINO

ETIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR (HAP)

4. EM CASO DE DIAGNÓSTICO DE HAP, INDIQUE A ETIOLOGIA DA CONDIÇÃO HEMODINÂMICA DO PACIENTE, SELECIONANDO A OPÇÃO ADEQUADA:

HAP HEREDITÁRIA

HAP IDIOPÁTICA

HIPERTENSÃO
PORTO-PULMONAR

CARDIOPATIA
CONGÊNITA

ETIOLOGIA EM
INVESTIGAÇÃO

HAP INDUZIDA PELO
USO DE SUSBTÂNCIAS

HAP ASSOCIADA À
COLAGENOSES

ESQUITOSSOMOSE

HIV

VENO-OCCLUSIVA

OUTROS GRUPOS DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA

5. ASSINALE A CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DE HIPERTENSÃO PULMONAR AO QUAL O(A) PACIENTE FOI DIAGNOSTICADO(A) E ESCREVA SUA RESPECTIVA SUBCLASSIFICAÇÃO:

GRUPO 2: HIPERTENSÃO PULMONAR DEVIDO A DOENÇA CARDÍACA ESQUERDA: _____

GRUPO 3: HIPERTENSÃO PULMONAR DEVIDO A DOENÇA PULMONAR E/OU HIPÓXIA: _____

GRUPO 4: HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA (HPTEC): _____

GRUPO 5: HIPERTENSÃO PULMONAR COM MECANISMOS MULTIFATORIAIS NÃO CLAROS: _____

6. ASSINALE A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE MORTE EM QUE O PACIENTE COM HAP SE ENQUADRA, SELECIONANDO A OPÇÃO ADEQUADA:

RISCO BAIXO

RISCO INTERMEDIÁRIO

RISCO ALTO

7. ASSINALE A CLASSE FUNCIONAL DE HAP DA OMS EM QUE O(A) PACIENTE COM HAP SE ENQUADRA:

CLASSE I: PACIENTES COM HAP SEM LIMITAÇÃO DAS ATIVIDADES FÍSICAS. ATIVIDADES FÍSICAS HABITUAIS NÃO CAUSAM DISPNEIA OU FADIGA EXCESSIVA, DOR TORÁCICA OU PRÉ-SÍNCOPE.

CLASSE II: PACIENTES COM HAP COM DISCRETA LIMITAÇÃO DAS ATIVIDADES FÍSICAS. PACIENTES CONFORTÁVEIS NO REPOUSO, MAS AS ATIVIDADES FÍSICAS HABITUAIS CAUSAM DISPNEIA OU FADIGA EXCESSIVA, DOR TORÁCICA OU PRÉ-SÍNCOPE.

CLASSE III: PACIENTES COM HAP COM RELEVANTE LIMITAÇÃO DAS ATIVIDADES FÍSICAS. PACIENTES CONFORTÁVEIS NO REPOUSO, MAS ESFORÇOS MENORES QUE AS ATIVIDADES FÍSICO HABITUAIS CAUSAM DISPNEIA OU FADIGA EXCESSIVA, DOR TORÁCICA OU PRÉ-SÍNCOPE.

CLASSE IV: PACIENTES COM HAP COM INCAPACIDADE PARA REALIZAR QUALQUER ATIVIDADE FÍSICA SEM SINTOMAS. PACIENTES MANIFESTAM SINAIS DE FALÊNCIA VENTRICULAR DIREITA. DISPNEIA OU FADIGA PODEM ESTAR PRESENTES NO REPOUSO E O DESCONFORTO AUMENTA COM QUALQUER ESFORÇO FEITO.

TRATAMENTO – TERAPIA DE SUPORTE

8. PARA PACIENTES QUE FAZEM USO DE TERAPIA DE SUPORTE, ASSINALE A(S) OPÇÃO(ÕES) CORRESPONDENTE(S):

DESCREVER NOME DO MEDICAMENTO E POSOLOGIA EMPREGADA:

TERAPIA ANTICOAGULANTE

- PACIENTE EM USO DE ANTICOAGULANTE
 USO DE ANTICOAGULANTE DESCONTINUADO
 PACIENTE NUNCA FEZ USO DE ANTICOAGULANTE

TERAPIA DIURÉTICA

- PACIENTE EM USO DE DIURÉTICO
 USO DE DIURÉTICO DESCONTINUADO
 PACIENTE NUNCA FEZ USO DE DIURÉTICO

TERAPIA COM DIGITÁLICOS

- PACIENTE EM USO DE DIGITÁLICO
 USO DE DIGITÁLICO DESCONTINUADO
 PACIENTE NUNCA FEZ USO DE DIGITÁLICO

OXIGENOTERAPIA

- SIM
 NÃO

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ESPECÍFICO

9. PREENCHA ADEQUADAMENTE AS INFORMAÇÕES ABAIXO SOBRE MEDICAMENTOS EMPREGADOS NO TRATAMENTO DA CONDIÇÃO:

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	PACIENTE POSSUI CONTRAINDICAÇÃO AO USO?
<input type="checkbox"/> AMBRISENTANA		<input type="checkbox"/> SIM → QUAL(AIS)? <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> ANLODIPINO		<input type="checkbox"/> SIM → QUAL(AIS)? <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> BOSENTANA		<input type="checkbox"/> SIM → QUAL(AIS)? <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> ILOPROSTA		<input type="checkbox"/> SIM → QUAL(AIS)? <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> NIFEDIPINO		<input type="checkbox"/> SIM → QUAL(AIS)? <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> SELEXIPAGUE		<input type="checkbox"/> SIM → QUAL(AIS)? <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> SILDENAFIL		<input type="checkbox"/> SIM → QUAL(AIS)? <input type="checkbox"/> NÃO

PACIENTE VIRGEM DE TRATAMENTO



TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ESPECÍFICO

10. PREENCHA, ADEQUADAMENTE, A OPÇÃO CORRESPONDENTE ABAIXO:

SITUAÇÃO ATUAL:

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO

() **MONOTERAPIA***

INFORMAR MEDICAMENTO: _____

() **TERAPIA DUPLA**

INFORMAR MEDICAMENTOS: _____

() **TERAPIA TRIPLA**

INFORMAR MEDICAMENTOS: _____

***Observação:** para solicitação de monoterapia, preencher o item abaixo (nº 11).

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO/SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTO

() **INCLUSÃO DE AMBRISSENTANA**

() **INCLUSÃO DE BOSENTANA**

() **INCLUSÃO DE ILOPROSTA**

() **INCLUSÃO DE SILDENAFIL**

() **INCLUSÃO DE SELEXIPAGUE**

() **SUBSTITUIÇÃO DE** _____

POR _____

11. PARA PACIENTES COM INDICAÇÃO DE MONOTERAPIA, ASSINALE A OPÇÃO ABAIXO CORRESPONDENTE:

PACIENTES COM HAP-I, HAP-H OU HAP-D COM TESTE DE VASORREATIVIDADE POSITIVO EM CLASSE FUNCIONAL I-II E RESPOSTA HEMODINÂMICA SUSTENTADA APÓS 1 ANO DE BCC.

PACIENTES COM HAP QUE PERMANECEM ESTÁVEIS E ESTRATIFICADOS COM BAIXO RISCO APÓS TRATAMENTO PROLONGADO (>5-10 ANOS) COM MONOTERAPIA.

PACIENTE COM HAP-I > 75 ANOS E COM MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FE PRESERVADA (HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELITO, DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA, FIBRILAÇÃO ATRIAL, OBESIDADE).

PACIENTES COM SUSPEITA OU ALTA PROBABILIDADE DE DOENÇA PULMONAR VENOCCLUSIVA OU HEMANGIOMATOSE PULMONAR CAPILAR.

TERAPIA COMBINADA NÃO DISPONÍVEL OU CONTRAINDICADA (EX. DOENÇA HEPÁTICA GRAVE).

PACIENTES COM DOENÇA MUITO LEVE (EX. CF-OMS I, RVP 3-4 WU, PAPM <30 MMHG, VD NORMAL NO ECOCARDIOGRAMA).

12. OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES:

DATA DE PREENCHIMENTO: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO: _____

MÉDICO

INFORMAÇÕES DO(A) MÉDICO(A) SOLICITANTE:

E-MAIL: _____

CELULAR: _____

DDD

NÚMERO DE CELULAR

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER
AMBRISANTANA, ANLODIPINO, BOSENTANA, ILOPROSTA, NIFEDIPINO, SILDENAFILA E SELEXIPAGUE**

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos ambrisentana, anlodipino, bosentana, iloprosta, nifedipino, sildenafil e selexipague indicados para o tratamento da hipertensão arterial pulmonar.

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

Assim, declaro que:

Fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- melhora na capacidade de exercício;
- diminuição da pressão da artéria do pulmão;
- melhora da qualidade de vida.

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

- não se sabe ao certo os riscos do uso de anlodipino, sildenafil, iloprosta, ambrisentana, bosentana e selexipague na gravidez, portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente ao meu médico; o nifedipino é contraindicado antes da 20ª semana de gravidez e lactante.
- eventos adversos mais comuns do anlodipino: dores de cabeça, tontura, sonolência, palpitações, rubor, dor abdominal, náusea, edema e fadiga.
- eventos adversos mais comuns do nifedipino: dor de cabeça, inchaço, dilatação dos vasos sanguíneos, prisão de ventre e mal-estar geral.
- eventos adversos mais comuns da sildenafil: vermelhidão, dores de cabeça, dificuldade de digestão, diarreia e dor em braços e pernas, gripe, febre, tosse, visão turva e dificuldade para dormir;
- eventos adversos mais comuns da iloprosta: vasodilatação, dores de cabeça, tosse e insônia; eventos adversos sérios: dor no peito (uma taxa de menos de 3%), aumento dos batimentos cardíacos, falta de ar, inchaço em braços e pernas e problemas nos rins;
- eventos adversos mais comuns da ambrisentana: anemia (diminuição de hemoglobina ou do hematócrito), cefaleia, palpitações, rubor, congestão nasal, sinusite, nasofaringite (a incidência de congestão nasal foi relacionada à dose durante o tratamento), dor abdominal, constipação, retenção hídrica e edema periférico;
- eventos adversos mais comuns da bosentana: alteração da função hepática, nasofaringite, rubor, edema de membros inferiores, hipotensão, palpitação, dispepsia, fadiga e prurido;
- riscos de eventos adversos potencialmente graves com o uso de combinação de medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial pulmonar ainda não foram adequadamente avaliados.

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

- | | |
|------------------|----------------|
| () ambrisentana | () anlodipino |
| () bosentana | () iloprosta |
| () nifedipino | () sildenafil |
| () selexipague | |

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional do SUS:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
Assinatura do paciente ou do responsável legal:		
Médico:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do(a) médico(a)		

NOTA: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da assistência farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

ANEXO I

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE MORTE EM UM ANO DOS PACIENTES COM HAP

DETERMINANTES DO PROGNÓSTICO	MORTALIDADE ESTIMADA EM 1 ANO		
	RISCO BAIXO < 5%	RISCO INTERMEDIÁRIO 5-10%	RISCO ALTO > 10%
SINAIS CLÍNICOS DE INSUFICIÊNCIA VD	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE
PROGRESSÃO SINTOMAS	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> LENTA	<input type="checkbox"/> RÁPIDA
SÍNCOPE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> OCASIONALMENTE*	<input type="checkbox"/> REPETIDAMENTE**
CLASSE FUNCIONAL (OMS)	<input type="checkbox"/> I, II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
DISTÂNCIA CAMINHADA EM TESTE DOS 6 MINUTOS	<input type="checkbox"/> > 440 M	<input type="checkbox"/> 165-440 M	<input type="checkbox"/> < 165 M
TESTE DO EXERCÍCIO CARDIOPULMONAR	<input type="checkbox"/> PICO VO ₂ > 15 (> 65% PRED.) INCLINAÇÃO VE/VCO ₂ < 36	<input type="checkbox"/> PICO VO ₂ 11–15 (35-65% PRED.) INCLINAÇÃO VE/VCO ₂ 36–44.9	<input type="checkbox"/> PICO VO ₂ < 11 (< 35% PRED.) INCLINAÇÃO VE/VCO ₂ ≥ 45
EXAMES DE IMAGEM (ECO, RM TÓRAX)	<input type="checkbox"/> ÁREA AD < 18 CM ² AUSÊNCIA DE DP	<input type="checkbox"/> ÁREA AD 18–26 CM ² AUSÊNCIA OU MÍNIMO DP	<input type="checkbox"/> ÁREA AD > 26 CM ² DP PRESENTE
PARÂMETROS HEMODINÂMICOS	<input type="checkbox"/> PRESSÃO AD < 8 IC ≥ 2,5 SVO ₂ > 65%	<input type="checkbox"/> PRESSÃO AD 8–14 IC 2,0–2,4 SVO ₂ 60–65%	<input type="checkbox"/> PRESSÃO AD >14 IC < 2,0 SVO ₂ < 60%

Fonte: Adaptado de Gallie N e colaboradores, 201517 . **Legenda** – VD: ventrículo direito; pico VO₂: consumo de oxigênio de pico (mL/min/kg); Alça VE/VCO₂: equivalente ventilatório para o CO₂; AD: átrio direito (mmHg); DP: derrame pericárdico; IC: índice cardíaco (l/min/m²); SvO₂: saturação venosa central.

*Síncope ocasional durante exercício brusco ou intenso, ou síncope ortostática ocasional num paciente previamente estável. **Episódios repetidos de síncope, mesmo em atividade física leve ou regular.

NOME DO(A) PACIENTE: _____

RISCO: _____

COMENTÁRIO(S) (CASO CONSIDERE NECESSÁRIO): _____

Data: ____/____/____

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



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);