

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO  
DISLIPIDEMIA PARA PREVENÇÃO DE EVENTOS CADIOVASCULARES – CID: E78.0, E78.1, E78.2,  
E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8**

**DOCUMENTOS**

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREENCHIDO (No caso de assinatura por responsável apresentar IDENTIDADE e CPF do mesmo);
- 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/EXAMES**

**LAUDO (Todos os medicamentos):**

- LAUDO MÉDICO COM: DESCRIÇÃO DETALHADA DOS SINAIS E SINTOMAS, INFORMANDO MINIMAMENTE UM DOS SEGUINTE PONTOS: I) FATOR DE RISCO CARDIOVASCULAR MAIOR SE PACIENTE PORTADOR DE DIABETES MELITO; II) RISCO CARDIOVASCULAR DEFINIDO PELO ESCORE DE RISCO DE FRAMINGHAM; III) EVIDÊNCIA CLÍNICA DE DOENÇA ATEROSCLERÓTICA; IV) DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE HIPERLIPIDEMIA FAMILIAR (CONFORME CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR - OMS, 1999) E INFORMAR TRATAMENTOS ANTERIORES, OU SE JÁ ESTÁ EM TRATAMENTO.

**EXAMES (Todos os medicamentos):**

- CÓPIA DO EXAME DE B-HCG SÉRICO PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL (VAL 15 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE ALANINA AMINOTRANSFERASE - ALT (GLUTÂMICO PIRÚVICA - TGP) (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASE - AST (GLUTÂMICO OXALOACÉTICA - TGO) (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE TSH (VAL 180 DIAS).

**PARA ATORVASTATINA ALÉM DOS EXAMES OBRIGATÓRIOS ACRESCENTAR (VAL: QUALQUER DATA):**

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL OU
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE LDL (COLESTEROL) OU
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE TRIGLICERÍDIOS.

**PARA BEZAFIBRATO ALÉM DOS EXAMES OBRIGATÓRIOS ACRESCENTAR (VAL: QUALQUER DATA):**

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE TRIGLICERÍDIOS.

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

**DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DO PCDT E DA DESCRIÇÃO CLÍNICA QUE O PACIENTE SE ENQUADRAR TAMBÉM SE FAZ NECESSÁRIO O ENVIO DE (val: qualquer data):**

- CÓPIA DA RESSONÂNCIA NUCLEAR DE ENCÉFALO;
- CÓPIA DO EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA;
- CÓPIA DO LAUDO DA CINEANGIOCORONARIOGRAFIA;
- CÓPIA DO LAUDO DA CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA;
- CÓPIA DO LAUDO DA ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE;
- CÓPIA DO LAUDO DA ERGOMETRIA;
- CÓPIA DO LAUDO DE ARTERIOGRAFIA DE CARÓTIDA;
- CÓPIA DO LAUDO DE ULTRASSONOGRAMA DE CARÓTIDA.

## 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\*   
4- Nome da Mãe do Paciente\*   
5-Peso do paciente\*  kg  
6-Altura do paciente\*  cm

1	7. Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	<input type="text"/>						
2	<input type="text"/>						
3	<input type="text"/>						
4	<input type="text"/>						
5	<input type="text"/>						
6	<input type="text"/>						

9- CID-10\*   
10- Diagnóstico

11- Anamnese\*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*

NÃO  SIM. Relatar:

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\*   
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*   
16- Data da solicitação\* / /

17- Assinatura e carimbo do médico\*

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

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente   
 CPF ou  CNS

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ESTATINAS: ATORVASTATINA, FLUVASTATINA, LOVASTATINA, PRAVASTATINA E

SINVASTATINA;

FIBRATOS: BEZAFIBRATO,

CIPROFIBRATO, ETOFIBRATO, FENOFIBRATO E GENFIBROZILA;

E ÁCIDO NICOTÍNICO.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de estatinas, fibratos e ácido nicotínico, indicados para o tratamento da **dislipidemia**.

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 os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes melhoras:

- estatinas: prevenção de eventos cardiovasculares maiores, incluindo morte, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e revascularização, entre outros;
- fibratos: prevenção de pancreatite aguda;
- ácido nicotínico: prevenção de eventos cardiovasculares maiores.

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

- as estatinas não devem ser utilizadas durante a gestação; em doses usuais são bem toleradas, com baixa incidência de efeitos adversos;
- os efeitos adversos mais frequentes das estatinas são prisão de ventre, diarreia, gases, dor de estômago, tontura, dor de cabeça, náusea, alergias de pele; efeitos menos frequentes (necessitam, porém, de atenção médica imediata, podendo ser fatais) são dores musculares, câibras, febre, cansaço, fraqueza, que caracterizam a mialgia ou rabdomiólise; e efeitos mais raros são impotência, insônia;
- não se sabe ao certo os riscos do uso de fibratos na gravidez; portanto, caso engravide, comunicarei o médico imediatamente;
- os fibratos podem induzir o aparecimento de cálculos biliares, estando contraindicados para pacientes com esta doença;
- os efeitos adversos dos fibratos são desordens no sangue (anemia, leucopenia, trombocitopenia), angina, arritmias cardíacas, pancreatite, cálculos biliares, problemas no fígado e nos rins, sintomas gripais, piora de úlcera, coceiras e alergia de pele;
- não há relatos de efeitos do uso de ácido nicotínico na gravidez;
- os efeitos adversos do ácido nicotínico (com doses mais altas) são arritmias cardíacas, diarreia, tonturas, secura dos olhos e de pele, aumento de glicose no sangue, náusea, vômitos, dor de estômago, coceiras; e são efeitos de menor incidência dor de cabeça, calorões no rosto e no pescoço;

- o risco de rabdomiólise aumenta com o uso concomitante dos medicamentos.

Estou ciente de que o uso destes medicamentos não substitui outras medidas para diminuição dos níveis de colesterol e triglicerídeos, tais como dieta adequada, controle do peso corporal e prática de atividade física.

Estou também 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 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):

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> atorvastatina | <input type="checkbox"/> bezafibrato  |   |
| <input type="checkbox"/> fluvastatina  | <input type="checkbox"/> ciprofibrato |   |
| <input type="checkbox"/> lovastatina   | <input type="checkbox"/> etofibrato   | <input type="checkbox"/> ácido nicotínico |
| <input type="checkbox"/> sinvastatina  | <input type="checkbox"/> fenofibrato  |   |
| <input type="checkbox"/> pravastatina  | <input type="checkbox"/> genfibrozila |   |

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:	
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____			

**NOTA:** 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);