



**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA – CID: I50.0, I50.1, I50.9**

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 DERESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- 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 (DEVE CONTER TODAS AS INFORMAÇÕES DESCRITAS ABAIXO):

- DESCRIÇÃO CLÍNICA DETALHADA DOS SINAIS E SINTOMAS; (DISPNEIA AOS ESFORÇOS, SINAIS DE CONGESTÃO, PIORA CLÍNICA, INTERNAÇÕES RECENTES.)
- RELATO MÉDICO COM A **CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA** DO PACIENTE CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DA NEW YORK HEART ASSOCIATION (**NYHA**).
- TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS ATUAIS E OS TRATAMENTOS UTILIZADOS PREVIAMENTE, (IECA OU ARA II, BETABLOQUEADORES, DIURÉTICOS);
- CONFORME PCDT, PARA INÍCIO DE TRATAMENTO, O PACIENTE DEVERÁ TER IDADE MÍNIMA DE 18 ANOS E IDADE MÁXIMA DE 75 ANOS. OS PACIENTES QUE INICIARAM O USO DO MEDICAMENTO ANTES DE 75 ANOS, TERÃO A MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO ATÉ 130 ANOS, CONFORME REGISTRO DA TABELA SIGTAP.

NOS CASOS DE PACIENTES COM IDADE SUPERIOR A 75 ANOS QUE JÁ ESTÃO EM USO DO MEDICAMENTO, POR FAVOR, RELATAR EM LAUDO MÉDICO, NO CAMPO 11 OU NO CAMPO 12 DO LME.

EXAMES OBRIGATÓRIOS (Todos os medicamentos):

- CÓPIA DO LAUDO DA ECOCARDIOGRAFIA (DE QUALQUER DATA) E
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM SÉRICA DO PEPTÍDEO NATRIURÉTICO DE TIPO B (BNP) **OU** CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM SÉRICA DE N-TERMINAL PRÓ-PEPTÍDEO NATRIURÉTICO DE TIPO B (NT-PROBNP) (DE QUALQUER DATA);



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);