

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO  
LINFANGIOLEIOMIOMATOSE – CID: J84.8****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;
- LAUDO MÉDICO DETALHADO;
- 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 MÉDICO:**

- LAUDO MÉDICO INFORMANDO DETALHADAMENTE OS SINAIS E SINTOMAS COMO: PRESENÇA DE ACÚMULOS QUILOSOS SINTOMÁTICOS ANTES DE CONSIDERAR TRATAMENTOS INVASIVOS COMO DRENAGENS, PERCUTÂNEAS INTERMITENTES E INSERÇÃO DE DISPOSITIVOS DE DRENAGEM PERMANENTES; EVIDÊNCIA DE ANORMALIDADE DA FUNÇÃO PULMONAR; EVIDÊNCIA DE ANORMALIDADE DA TROCA GASOSA; OU HIPOXEMIA EM REPOUSO; ANGIOLIPOMA RENAL OU RESSEÇÃO CIRÚRGICA COMO TRATAMENTO PREFERENCIAL E OS TRATAMENTOS UTILIZADOS ANTERIORMENTE.

**EXAMES OBRIGATÓRIOS (VAL. DE QUALQUER DATA):**

- CÓPIA DO EXAME DE ESPIROMETRIA
- CÓPIA DO LAUDO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX

**OUTROS EXAMES QUE DEVEM SER ENVIADOS DE ACORDO COM O CRITÉRIO DO PROTOCOLO E/OU A DESCRIÇÃO DO LAUDO MÉDICO ENVIADO: (VAL. DE QUALQUER DATA):**

- CÓPIA DO LAUDO DE BIÓPSIA PULMONAR (TRANSBRÔNQUICA OU CIRÚRGICA)
- CÓPIA DO LAUDO DE EXAME CITOPATOLÓGICO EM EXAME DE EFUSÕES QUILOSAS OU LINFONODOS
- CÓPIA DO LAUDO DE EXAME DE FATOR DE CRESCIMENTO ENDOTELIAL VASCULAR (VEGF-D)
- CÓPIA DO LAUDO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN E Pelve
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE HDL (COLESTEROL)
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE LDL (COLESTEROL)
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE TRIGLICERÍDIOS

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- SERÃO EXCLUÍDOS DESTE PROTOCOLO OS PACIENTES MENORES DE 18 ANOS E AQUELES QUE APRESENTEM INTOLERÂNCIA, HIPERSENSIBILIDADE OU CONTRAINDICAÇÃO AO USO DO MEDICAMENTO PRECONIZADO.



## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

### SIROLIMO

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **sirolimo**, indicado para o tratamento da **linfangioleiomiomatose (LAM)**.

A LAM é uma doença que se apresenta com maior frequência em mulheres em idade fértil e não há estudos do uso do Sirolimo em mulheres grávidas. Estudos em animais, a toxicidade embrio/fetal manifestou-se como mortalidade e redução do peso do feto. O sirolimo é excretado em quantidades muito pequenas no leite de ratas em fase de amamentação. Não se sabe se o sirolimo é excretado no leite humano.

O uso do sirolimo pode causar estomatite, diarreia, dor abdominal, náusea, nasofaringite, acne, dor no peito, fadiga, edema periférico, infecção do trato respiratório superior, tosse, dispneia, dor de cabeça, tontura, mialgia e hipercolesterolemia e eventos em saúde descritos com o uso de imunossupressores.

O seu uso tem sido relacionado também com a formação de cisto ovariano, dismenorreia, proteinúria, testes de função hepática elevados, pneumonite induzida por drogas.

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

Assim, declaro que fui claramente informado(a) sobre os benefícios, efeitos adversos e contraindicações do medicamento que passo a receber.

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 se 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

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:	RS:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data:		

NOTA: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontra o medicamento preconizado 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);