

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS – CID: N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5,
N04.6, N04.7, N04.8, N04.9**

DOCUMENTOS

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF ECARTEIRADE 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 DETALHADO DOS SINAIS E SINTOMAS, INFORMANDO SE O PACIENTE POSSUI OUTRAS DOENÇAS CONCOMITANTES, SE O PACIENTE APRESENTA PRESENÇA DE EDEMA OU HIPERTENSÃO, RELATO DE RESISTÊNCIA OU EFEITOS COLATERAIS DO USO DE CORTICOIDE, OU RECIDIVAS FREQUENTES E OS TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS ATUALMENTE PELO PACIENTE.

EXAMES OBRIGATÓRIOS:

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE PROTEINÚRIA DE 24 HORAS **OU** PROTEINÚRIA DE AMOSTRA ISOLADA (Val. de qualquer data)

OUTROS EXAMES QUE PODEM SER SOLICITADOS DE ACORDO COM A CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE E O CRITÉRIO DE INCLUSÃO DO PCDT QUE O PACIENTE SE ENQUADRAR:

COM VALIDADE DE ATÉ 180 DIAS:

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE ALBUMINA SÉRICA (Val. 180 dias)
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL E TRIGLICERÍDEOS (Val. 180 dias)
- CÓPIA DO EXAME DE ANTI-HCV E ANTI-HIV
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE ALBUMINA SÉRICA
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE GLICOSE DE JEJUM
- CÓPIA DO EXAME DE HBSAG
- CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA COMPLETO
- CÓPIA DO EXAME DE SOROLOGIA PARA LUES (VDRL)
- CÓPIA DO EXAME DE TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR
- CÓPIA DO EXAME DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO (TTPA)
- CÓPIA DO EXAME DO FATOR ANTI-NUCLEAR (FAN)
- CÓPIA DO EXAME DO TEMPO DE PROTROMBINA (TP)
- CÓPIA DO EXAME QUALITATIVO DE URINA (EQU)
- CÓPIA DO EXAME DE CREATININA URINÁRIA



INFORMAÇÕES E EXAMES

COM VALIDADE DE QUALQUER DATA:

- CÓPIA DO LAUDO DE BIÓPSIA RENAL
- CÓPIA DO EXAME DE ANTICORPOS ANTI-NEUTRÓFILOS (ANCAC E ANCAP)
- CÓPIA DO EXAME DE ANTI-DNA-DS
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 E C4
- CÓPIA DO EXAME DE PESQUISA DE CRIOGLOBULINA

NOTA: PARA FINS DESTES PROTOCOLO, O MEDICAMENTO TACROLIMUS É DESTINADO **APENAS PARA SNP EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES** (APENAS CASOS ESPECIAIS MENCIONADOS NO PCDT DE SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES).

MEDICAMENTOS ATENDIDOS PARA ESTE PCDT CONFORME A RESOLUÇÃO DA SES Nº2252 - ELENCO ESTADUAL

- MICOFENOLATO DE MOFETILA 500MG – ELENCO ESTADUAL APENAS PARA OS CIDS: **N04.0, N04.1 E N04.7**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

TROCA DE TERAPIA PARA PACIENTES COM CADASTRO ATIVO E EM CONTINUIDADE DE TRATAMENTO: APRESENTAR RECEITUÁRIO MÉDICO, LME, LAUDO MÉDICO, TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE E OS EXAMES ESPECÍFICOS PARA O MEDICAMENTO QUE ESTÁ SENDO INCLUÍDO. OS EXAMES EM COMUM NÃO PRECISAM SER REAPRESENTADOS.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

PREDNISONA, CICLOSPORINA, CICLOFOSFAMIDA, ENALAPRIL, CAPTOPRIL, LOSARTANA POTÁSSICA, HIDROCLOROTIAZIDA, ESPIRONOLACTONA E FUROSEMIDA.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de ciclofosfamida e ciclosporina, indicadas para o tratamento da síndrome nefrótica primária em adultos. 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 o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- dos sintomas e sinais do “estado nefrótico”;
- da quantidade de proteínas na urina;
- prevenção da insuficiência renal aguda e da insuficiência renal crônica progressiva.

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

- os riscos do uso da ciclosporina na gravidez ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;

- a ciclofosfamida não deve ser usada durante a gestação pelo risco de má formação do feto;

- efeitos adversos comuns da ciclofosfamida: náusea, vômitos, queda de cabelo, risco aumentado de infecções, anemia, toxicidade para o fígado e medula óssea, infecções na bexiga, risco de sangramento (redução do número de plaquetas);

- efeitos adversos comuns da ciclosporina: problemas nos rins e fígado, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, crescimento da gengiva, aumento do colesterol e triglicerídios, formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náusea, vômitos, perda de apetite, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, sangramentos, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, aumento da quantidade de cálcio, magnésio e ácido úrico no sangue, toxicidade para os músculos, problemas respiratórios, sensibilidade aumentada à temperatura e aumento das mamas;

- o uso de corticosteroides, como a prednisona, pode gerar acúmulo localizado de gordura, estrias na pele, síndrome de cushing, alterações hormonais, irregularidade menstrual, facilitar infecções, sangramento gastrointestinal, hipertensão, insônia e nervosismo;

- o captopril e o enalapril podem causar cefaleia e tosse, mais comumente. Outros efeitos menos comuns são febre, fadiga, calafrios, ansiedade, vertigem, náusea, diarreia, vômito e hipotensão;

- a losartana potássica pode causar cefaleia, mais frequentemente. Outros eventos menos frequentes incluem tontura, fadiga, congestão nasal, infecção respiratória superior, hipotensão ortostática, náusea e diarreia;

- a hidroclorotiazida pode causar, mais frequentemente, astenia, vertigem, fadiga, hiperglicemia, hiperuricemia, desequilíbrio hidroeletrolítico; alcalose hipoclrêmica, hipopotassemia e hiponatremia;

- a espironolactona pode causar eventos adversos como irritação gastrointestinal e hipopotassemia;

- efeitos como hipotensão postural, náusea, glicosúria e exantema podem ser causados pelo uso de furosemida;

- contraindicações em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos;

- risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

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 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 seguinte medicamento:

() captopril

() ciclofosfamida

() ciclosporina

() enalapril

() espironolactona

() furosemida

() hidroclorotiazida

() losartana potássica

Local: _____	Data: _____
Nome do paciente: _____	
Cartão Nacional de Saúde: _____	
Nome do Responsável legal: _____	
Documento de identificação do Resp. Legal: _____	

Assinatura do responsável legal ou do paciente	
Médico Responsável: _____	CRM: _____ UF: _____

Assinatura e carimbo do médico	

() prednisona

Nota 1 - Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

Nota 2 - A administração intravenosa de metilprednisolona é compatível com o procedimento 03.03.02.001-6 - Pulsoterapia I (por aplicação), da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS.



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);