

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

**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 DERESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- LAUDO MÉDICO DETALHADO;
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREENCHIDO (No caso de assinatura por responsável apresentar IDENTIDADE e CPFdo 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, **PRESENÇA DE EDEMA** E OS TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS ATUALMENTE PELO PACIENTE.

RELATO DE RESISTENCIA AO CORTICOSTEROIDE COM AUSÊNCIA DE RESPOSTA A PREDNISONA OU PULSOTERAPIA COM METILPREDNISONA; OU NOS CASOS DE HEMATÚRIA MACROSCÓPICA OU HIPERTENSÃO SUSTENTADA, OU COMPLEMENTO SÉRICO DIMINUÍDO, SENSÍVEL AO CORTICOSTEROIDE COM RECIDIVAS FREQUENTES; OU DEPENDÊNCIA DE CORTICOSTEROIDE E SEM RESPOSTA À CICLOFOSFAMIDA OU RESISTENTE AO CORTICOSTEROIDE.

**EXAMES OBRIGATÓRIOS:**

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE PROTEINÚRIA DE 24 HORAS **OU**  PROTEINÚRIA DE AMOSTRA ISOLADA **COM** CÓPIA DO EXAME DE CREATININA URINÁRIA (Val. de qualquer data)
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE ALBUMINA SÉRICA (Val. 180 dias)
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL (Val. 180 dias) **OU**  CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE TRIGLICERÍDIOS (Val. 180 dias)
- CÓPIA DO LAUDO DE BIÓPSIA RENAL (PARA PACIENTES MENORES DE 1 ANO E PARA PACIENTES MAIORES DE 8 ANOS) (Val. de qualquer data)

**PARA SOLICITAÇÃO DE TACROLIMO ALÉM DOS EXAMES OBRIGATÓRIOS, ACRESCENTAR:**

PARA PACIENTES COM ATÉ 18 ANOS, DEVERÁ HAVER DESCRIÇÃO CLÍNICA REALIZADA POR DERMATOLOGISTA OU DE DENTISTA OU CIRURGIÃO BUCOMAXILOFACIAL CONFIRMANDO O DIAGNÓSTICO DE HIPERTRICOSE OU HIPERPLASIA GENGIVAL.

**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.

**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\* \_\_\_\_\_ 5- Peso do paciente\* 

--	--	--

 kg

4- Nome da Mãe do Paciente\* \_\_\_\_\_ 6- Altura do paciente\* 

--	--	--

 cm

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

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\* \_\_\_\_\_ 17- Assinatura e carimbo do médico\* \_\_\_\_\_

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\* 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 16- Data da solicitação\* 

--	--	--

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

CICLOFOSFAMIDA, CICLOSPORINA, ENALAPRIL, LOSARTANA, METILPREDNISOLONA, PREDNISONA E TACROLIMO.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **ciclofosfamida, ciclosporina, enalapril, losartana, metilprednisolona, prednisona e tacrolimo**, indicados para o tratamento da **síndrome nefrótica primária em crianças e adolescentes**.

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(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer as seguintes melhoras:

- melhora dos sintomas e sinais do "estado nefrótico";
- diminuição 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 destes medicamentos:

- ciclosporina e tacrolimo: medicamentos classificados na gestação como fator de risco C (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos);

- ciclofosfamida: medicamento classificado na gestação como fator de risco X (seu uso é contraindicado para gestantes ou para mulheres planejando engravidar);

- enalapril e losartana: medicamentos classificados na gestação como categoria D quando utilizados no terceiro trimestre de gestação ou próximo ao parto (há evidências de risco ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos);

- prednisona: medicamento classificado na gestação como fator de risco B (estudos em animais não mostraram anormalidades, embora estudos em mulheres não tenham sido feitos; o medicamento deve ser prescrito com cautela);

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

- efeitos adversos mais comuns da ciclosporina: problemas nos rins e no fígado, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, crescimento da gengiva, aumento dos níveis de colesterol e triglicérides, 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;

- efeitos adversos mais comuns do enalapril: tontura, dor de cabeça, cansaço, fraqueza, queda de pressão, desmaio, náusea, diarreia, câibras musculares, alterações na pele e tosse;

- efeitos adversos mais comuns da losartana: tontura, cansaço, atordoamento, alterações na pele, urticária, alteração de paladar, vômitos, aumento da sensibilidade da pele ao sol;

- efeitos adversos da metiprednisolona: retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, problema nos ossos (osteoporose), problemas de estômago (úlceras), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação, e manifestação de diabetes mérito;

- efeitos adversos da prednisona - alterações nos ossos e músculos: fraqueza, perda de massa muscular, osteoporose, além de ruptura do tendão, lesões de ossos longos e vértebras e piora dos sintomas de miastenia gravis; alterações hidroeletrólíticas: inchaço, aumento da pressão arterial; alterações no estômago e intestino: sangramento; alterações na pele: demora em cicatrizar machucados, suor em excesso, petéquias e equimoses, urticária e até dermatite alérgica; alterações no sistema nervoso: convulsões, tontura; dor de cabeça; alterações nas glândulas: irregularidades menstruais, manifestação de diabetes mérito; alterações nos

olhos: catarata, aumento da pressão dentro dos olhos; alterações psiquiátricas: alterações do humor, depressão e dificuldade para dormir;

- efeitos adversos mais comuns do tacrolimo: tremores, dor de cabeça, diarreia, pressão alta, náusea, disfunção renal, dor no peito, pressão baixa, palpitações, formigamentos, falta de ar, amarelão, diarreia, prisão de ventre, vômitos, diminuição do apetite, azia, dor no estômago, gases, hemorragia, dano hepático, agitação, ansiedade, convulsão, depressão, tontura, alucinações, incoordenação motora, psicose, sonolência, neuropatia, queda de cabelo, aumento da quantidade de pelos no corpo, vermelhidão de pele, coceiras, anemia, aumento ou diminuição das células brancas do sangue, diminuição das plaquetas do sangue, desordens na coagulação, síndrome hemolítico-urêmica, edema periférico, alterações metabólicas (hipo ou hiperpotassemia, hiperglicemia, hipomagnesemia, hiperuricemia), diabetes mérito, elevação de enzimas hepáticas, toxicidade renal, diminuição relevante do volume da urina, febre, acúmulo de líquido no abdômen e na pleura, fraqueza, dor lombar, osteoporose, dores no corpo, peritonite, fotossensibilidade, alterações visuais;

- contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos medicamentos;

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

Estou ciente de que o(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o(s) medicamento(s).

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):

- ( ) ciclofosfamida
- ( ) ciclosporina
- ( ) enalapril
- ( ) losartana
- ( ) metilprednisolona
- ( ) prednisona.
- ( ) tacrolimo

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 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 contemplada pelo procedimento 0303020016 - PULSOTERAPIA I (POR APLICAÇÃO), da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM 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);