

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS- CID: H15.0, H20.1, H30.1, H30.2, H30.8****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 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

- SERÃO INCLUÍDOS NESTE PROTOCOLO OS PACIENTES QUE APRESENTAREM DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE UVEÍTE NÃO INFECCIOSA, DE EVOLUÇÃO CRÔNICA E GRAVE, COM RISCO POTENCIAL DE PERDA FUNCIONAL.

LAUDO (Todos os medicamentos):

- DESCRIÇÃO CLÍNICA DETALHADA DOS SINAIS E SINTOMAS, INFORMAÇÕES SOBRE ACUIDADE VISUAL, TRATAMENTO PRÉVIOS (FARMACOLÓGICOS E NÃO FARMACOLÓGICOS), FALHA TERAPÊUTICA OU CONTRAINDICAÇÃO AO USO DE GLICOCORTICOIDE POR QUALQUER VIA DE ADMINISTRAÇÃO E RELATO DE DOENÇAS EXISTENTES.

EXAMES OBRIGATÓRIOS (Todos os medicamentos):

- CÓPIA DE LAUDO DE BIOMICROSCOPIA DE SEGMENTO ANTERIOR (DE QUALQUER DATA)

PARA ADALIMUMABE, ALÉM DAS SOLICITAÇÕES DESCRITAS ACIMA ACRESCENTAR:

- DESCRIÇÃO CLÍNICA RELATANDO SE HOUE: FALTA DE EFETIVIDADE, INTOLERÂNCIA, TOXICIDADE OU CONTRAINDICAÇÃO AO TRATAMENTO COM IMUNOSSUPRESSOR PRÉVIO NÃO CORTICOIDE OU DOENÇA DE BEHÇET COM UVEÍTE POSTERIOR BILATERAL ATIVA COM ALTO RISCO DE CEGUEIRA OU ASSOCIADA COM DOENÇA SISTÊMICA EM ATIVIDADE.
- CÓPIA DO EXAME DE TESTE TUBERCULÍNICO (PT) OU REAÇÃO DE MANTOUX (PPD) OU IGRA (VAL. 180 DIAS) OU LAUDO MÉDICO QUE JUSTIFIQUE A NÃO APRESENTAÇÃO DOS MESMOS;
- CÓPIA DO LAUDO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX (VAL. 180 DIAS).

OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

A ENTREGA DOS EXAMES/DOCUMENTOS LISTADOS ABAIXO DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE. ESSES PODEM SER EXIGIDOS POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA QUE A AVALIAÇÃO DA SUA SOLICITAÇÃO SEJA CONCLUÍDA. VERIFIQUE COM SEU MÉDICO A NECESSIDADE DE ENTREGA DESSES EXAMES/DOCUMENTOS CONFORME O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESPECÍFICO PARA SUA SITUAÇÃO CLÍNICA.

- CÓPIA DE TIPAGEM DE IMUNOCOMPLEXOS (COMO O HLA-B27) (DE QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO EXAME DE TGO E TGP, FOSFATASE ALCALINA, GAMA-GT (VAL. 180 DIAS);



- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE MAGNÉSIO SÉRICO, POTÁSSIO SÉRICO E SÓDIO SÉRICO (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA COMPLETO (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE LÍQUOR (DE QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO LAUDO DE CINTILOGRAFIA (DE QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO LAUDO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (DE QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO LAUDO DE RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BILATERAL (DE QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO LAUDO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (DE QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO LAUDO DE TONOMETRIA (PRESSÃO INTRA-OCULAR - PIO) (DE QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO LAUDO DE ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) (DE QUALQUER DATA).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ADALIMUMABE: SOMENTE PARA PACIENTES COM IDADE IGUAL OU MAIOR QUE 18 ANOS.

TROCA DE TERAPIA PARA PACIENTES COM CADASTRO ATIVO E EM CONTINUIDADE DE TRATAMENTO: APRESENTAR SOMENTE OS EXAMES ESPECÍFICOS PARA O MEDICAMENTO QUE ESTÁ SENDO INCLUÍDO. OS EXAMES EM COMUM NÃO PRECISAM SER REAPRESENTADOS.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

PREDNISONA, METILPREDNISOLONA, AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, ADALIMUMABE

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do(s) medicamento(s) prednisona, metilprednisolona, azatioprina, ciclosporina e adalimumabe, indicados para o tratamento das uveítes não infecciosas.

Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas 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 os seguintes benefícios:

- melhora da inflamação aguda;
- prevenção ou minimização dos problemas relacionados à inflamação nos olhos;
- prevenção ou redução do número de recaídas de uveítes crônicas ou recorrentes;
- manutenção ou melhora da qualidade da visão.

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

- Prednisona e adalimumabe: medicamento classificado como fator de risco B para gestantes (estudos em animais não mostraram anormalidades, embora estudos em mulheres não tenham sido realizados ou não foram adequados; o medicamento deve ser prescrito com cautela). Caso engravide, devo avisar imediatamente ao meu médico.
- Metilprednisolona e ciclosporina: medicamentos classificados como fator de risco C para gestantes (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o feto não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos). Caso engravide, devo avisar imediatamente ao meu médico.
- Azatioprina: medicamento classificado como fator de risco D para gestantes (há riscos para o feto durante a gravidez, porém o benefício pode ser maior que o risco). O uso deve ser discutido com seu médico;
- Efeitos adversos da prednisona e metilprednisolona: retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, problema nos ossos

(osteoporose, problemas de estômago (úlceras estomacais), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação e manifestação de diabetes melito.

- Efeitos adversos da azatioprina: diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, problemas no fígado, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, perda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos (retinopatia), falta de ar e pressão baixa.
- Efeitos adversos da ciclosporina: problemas nos rins e fígado, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, aumento do crescimento da gengiva, aumento do colesterol e triglicérides, formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração (taquicardia), convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náuseas, 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 de adalimumabe: reações no local da aplicação, como dor e coceiras, dor de cabeça, tosse, náusea, vômitos, febre, cansaço e alteração na pressão arterial. Reações mais graves: infecções oportunistas fúngicas e bacterianas, como tuberculose, histoplasmose, aspergilose e nocardiose, podendo, em casos raros, ser fatal.
- Contraindicação em casos de hipersensibilidade (alergia) ao(s) fármaco(s) ou aos componentes da fórmula.

Estou ciente de que este(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 ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei ser assistido, inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não.

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

() prednisona

() metilprednisolona

() azatioprina

() ciclosporina

() adalimumabe.

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: _____		

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias, ficando uma arquivada na farmácia e a outra entregue ao usuário ou seu responsável legal.

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 endovenosa de metilprednisolona é compatível com o procedimento 0303020016 - 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);