

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA – CID: J44.0, J44.1, J44.8****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 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 (Todos os medicamentos):**

- LAUDO MÉDICO DETALHADO COM DESCRIÇÃO CLÍNICA DOS SINAIS E SINTOMAS RESPIRATÓRIOS, SE PACIENTE É TABAGISTA, ESTÁGIO DA DPOC (CONFORME QUADRO B DO PCDT) HISTÓRICO CLÍNICO, TERAPIAS MEDICAMENTOSAS UTILIZADAS ANTERIORMENTE E O NÚMERO DE EXACERBAÇÕES MODERADAS A GRAVE NOS ÚLTIMOS 12 MESES E DOENÇAS CONCOMITANTES. (SEGUE EM ANEXO O QUESTIONÁRIO PARA PREENCHIMENTO).
- PACIENTES CLASSIFICADOS A PARTIR DO ESTÁGIO III (VER O QUADRO B DO PCDT) DEVEM SER APRESENTAR LAUDO MÉDICO EMITIDO POR PNEUMOLOGISTA.

EXAME PARA TODOS OS MEDICAMENTOS:

- CÓPIA DO EXAME DE ESPIROMETRIA DEMONSTRANDO A RELAÇÃO VEF1/CVF FASE PÓS-BRONCODILATADOR (VAL. 1 ANO).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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 DO EXAME DE DOSAGEM DE POTÁSSIO SÉRICO (FACULTATIVO);
- CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA COMPLETO;
- CÓPIA DO LAUDO DE ECOCARDIOGRAMA;
- CÓPIA DO TESTE DE MANTOUX (FACULTATIVO);
- DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA;
- ELETROCARDIOGRAMA EM REPOUSO;
- OXIMETRIA EM REPOUSO;
- RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL).



- O MEDICAMENTO UMECLIDÍNIO + VILANTEROL É DESTINADO A PACIENTES COM IDADE MÍNIMA DE 18 ANOS E DIAGNÓSTICO DE DPOC GRAVE OU MUITO GRAVE (ESTÁGIOS III E IV), COM BAIXO E ALTO RISCO (GRUPOS B, C E D) E CONFORME CRITÉRIOS DEFINIDOS NO PRESENTE PCDT.
- O MEDICAMENTO TIOTRÓPIO + OLODATEROL É DESTINADO A PACIENTES COM IDADE MÍNIMA DE 18 ANOS E DIAGNÓSTICO DE DPOC GRAVE OU MUITO GRAVE (ESTÁGIOS III E IV), COM ALTO RISCO (GRUPOS C E D) E CONFORME CRITÉRIOS DEFINIDOS NO PRESENTE PCDT.
- PARA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO OU TROCA PARA O MEDICAMENTO UMECLIDÍNIO + VILANTEROL OU TIOTRÓPIO + OLODATEROL, É NECESSÁRIO O ENVIO DE NOVO EXAME DE ESPIROMETRIA DEMONSTRANDO O VEF1 E A RELAÇÃO VEF1/CVF FASE PÓS-BRONCODILATADOR (VAL. 1 ANO).
- ASSOCIAÇÕES PERMITIDAS NO PCDT (OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA CADA ASSOCIAÇÃO DEVEM SER CHECADOS):
 - LABA + CI (FORMOTEROL + BUDESONIDA)
 - LAMA/ LABA (UMECLIDÍNIO + VILANTEROL OU TIOTRÓPIO + OLODATEROL)
 - LAMA/LABA + CI (UMECLIDÍNIO + VILANTEROL + BUDESONIDA OU TIOTRÓPIO + OLODATEROL+ BUDESONIDA)



QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DE PACIENTES COM DPOC (facultativo)

NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Descrição de sinais e sintomas, evolução da doença e doenças concomitantes:

QUAIS OS FATORES DE RISCO QUE O (A) PACIENTE (A) APRESENTA (DEVE APRESENTAR NO MÍNIMO UM):

- IDADE SUPERIOR A 40 ANOS.
- TABAGISMO OU INALAÇÃO DE GASES IRRITANTES OU DE MATERIAL PARTICULADO EM AMBIENTE OCUPACIONAL OU DOMICILIAR, COMO FUMAÇA DE FOGÕES A LENHA.
- GENÉTICOS: DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA.
- HISTÓRIA FAMILIAR DE DPOC
- FATORES RELACIONADOS À INFÂNCIA: BAIXO PESO AO NASCER, INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA, ENTRE OUTROS.

QUAL O ESTÁGIO DA DOENÇA?

- DPOC EM ESTÁGIO I (LEVE) OU II (MODERADA) - SEM NECESSIDADE DE ESPECIALISTA;
- DPOC EM ESTÁGIO III (GRAVE) OU IV (MUITO GRAVE) - SOMENTE PNEUMOLOGISTA.

QUAL A CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DA DPOC APRESENTADA PELO (A) PACIENTE?

- GRUPO A - GRUPO DE BAIXO RISCO/POUCOS SINTOMAS:

ÍNDICE MMRC < 2, OU CAT < 10, NENHUMA EXACERBAÇÃO OU UMA MODERADA (SEM HOSPITALIZAÇÃO).

- GRUPO B - GRUPO DE BAIXO RISCO, SINTOMAS MAIS PRESENTES:

ÍNDICE MMRC ≥ 2, OU CAT ≥ 10, NENHUMA EXACERBAÇÃO OU UMA MODERADA (SEM HOSPITALIZAÇÃO).

- GRUPO C - GRUPO DE ALTO RISCO COM POUCOS SINTOMAS:

ÍNDICE MMRC < 2, OU CAT < 10, COM UMA OU MAIS EXACERBAÇÕES GRAVES (COM HOSPITALIZAÇÃO) OU DUAS OU MAIS MODERADAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES.

- GRUPO D - GRUPO DE ALTO RISCO COM MUITOS SINTOMAS:

ÍNDICE MMRC ≥ 2, OU CAT ≥ 10, UMA OU MAIS EXACERBAÇÕES GRAVES (COM HOSPITALIZAÇÃO) OU DUAS OU MAIS MODERADAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES.

QUAL O GRAU DA DISPNEIA (DE ACORDO COM A ESCALA MRC):

- 0 1 2 3 4

APRESENTOU EXACERBAÇÕES DA DOENÇA NO ÚLTIMO ANO?

- SIM quantas? _____
- NÃO



QUAIS OS TRATAMENTOS PRÉVIOS E ATUAIS?

SABA SAMA LABA LAMA LABA + LAMA LABA + CI

Outros – detalhar: _____

DATA DE PREENCHIMENTO: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: _____

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

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

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

22- Correio eletrônico do paciente

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

BECLOMETASONA, BUDESONIDA, FENOTEROL, FORMOTEROL, SALBUTAMOL,
SALMETEROL, IPRATRÓPIO, PREDNISONA, PREDNISOLONA, HIDROCORTISONA, BROMETO DE UMECLIDÍNIO +
TRIFENATATO DE VILANTEROL E BROMETO DE TIOTÓPIO MONOIDRATADO + CLORIDRATO DE OLODATEROL

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de beclometasona, budesonida, fenoterol, formoterol, salbutamol, salmeterol, ipratrópio, prednisona, prednisolona, hidrocortisona, brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol e brometo de tiotópio monoidratado + cloridrato de olodaterol, indicados para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas 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:

- diminuição das internações hospitalares;
- diminuição das faltas ao trabalho em virtude da doença;
- melhora da condição de saúde; e
- melhora da qualidade de vida.

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

- os riscos na gravidez e na amamentação ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;

- **efeitos adversos da beclometasona e budesonida:** problemas na fala (reversíveis com a suspensão do tratamento), infecções na boca (candidíase), boca seca, alteração do paladar, irritação na garganta, tosse, infecções urinárias, inchaço, cansaço, reações alérgicas de pele, palpitação, taquicardia, dor abdominal, vertigem, tontura, ganho de peso; efeitos adversos mais raros: náusea, vômitos, coceira, problemas na visão, agitação, depressão, insônia, faringite, sinusite, alteração do ciclo menstrual, diarreia ou constipação, febre, dores de cabeça, infecções virais, redução da velocidade do crescimento em crianças, aumento dos níveis de glicose no sangue, reações de hipersensibilidade, sangramento anal e osteoporose (em caso de tratamento longo);

- **efeitos adversos do fenoterol, formoterol, salbutamol e salmeterol:** ansiedade, agitação, insônia, náusea, vômitos, dores abdominais, prisão de ventre, tonturas, dores de cabeça, diminuição dos níveis de potássio no sangue, tremores, palpitações, tosse, respiração curta, alteração do paladar, secura da boca, dor muscular, reações alérgicas de pele, problemas no coração, aumento ou diminuição intensa da pressão arterial, inchaço dos pés e das mãos, cansaço, infecções do trato respiratório, falta de ar, insônia, depressão, dor de dente, alteração do ciclo menstrual e problemas de visão;

- **efeitos adversos da prednisona, prednisolona, hidrocortisona:** retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, 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 melito;

- **efeitos adversos do brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol:** dor ao urinar e aumento da frequência urinária, dor de garganta com ou sem coriza, sinusite, tosse, dor e irritação na parte de trás da boca e da garganta, prisão de ventre, boca seca, infecção de vias aéreas superiores, dor no peito, batimento cardíaco irregular ou acelerado, palpitações, ansiedade, tremor, alterações no paladar, espasmos musculares e *rash*;

- **efeitos adversos do tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol:** boca seca, tontura, batimento cardíaco acelerado, tosse, disfonia, dor nas costas, arritmia, isquemia do miocárdio, dor no peito, hipotensão, tremor, dor de cabeça, nervosismo, enjoo, espasmos musculares, cansaço, mal-estar, hipocalemia (redução de potássio no sangue), hiperglicemia (aumento na concentração de açúcar no sangue), acidose metabólica (pH ácido no sangue); e

- risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos.

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 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 de um ou mais dos seguintes medicamentos:

- () Beclometasona
- () brometo de tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol
- () brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol
- () budesonida
- () Fenoterol
- () Formoterol
- () hidrocortisona
- () prednisona
- () Prednisolona
- () Salbutamol
- () salmeterol

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: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados 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);