

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO RETOCOLITE
ULCERATIVA – CID: K51.0, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8 , K52.2 (APENAS PARA SULFASSALAZINA)**

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 PARA TODOS OS MEDICAMENTOS DO PCDT COM DESCRIÇÃO CLÍNICA DETALHADA DOS SINAIS E SINTOMAS, TRATAMENTOS PRÉVIOS E REGIÃO ACOMETIDA PELA DOENÇA CONFORME OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DESCRITOS NO PCDT VIGENTE.

EXAMES (Todos os medicamentos):

- CÓPIA DO LAUDO DA COLONOSCOPIA (DE QUALQUER DATA) **OU**
- CÓPIA DO LAUDO DE BIÓPSIA (DE QUALQUER DATA) **OU**
- CÓPIA DO LAUDO RETOSSIGMOIDOSCOPIA CONTENDO ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA (DE QUALQUER DATA).

PARA AZATIOPRINA, ALÉM DOS EXAMES OBRIGATÓRIOS ACRESCENTAR:

- CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA COMPLETO (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TGO E TGP (VAL 180 DIAS).

PARA CICLOSPORINA, ALÉM DOS EXAMES OBRIGATÓRIOS ACRESCENTAR:

- CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA COMPLETO (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE CREATININA SÉRICA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE MAGNÉSIO (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE POTÁSSIO (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE ACIDO ÚRICO (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE LIPIDOGRAMA (COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL E TRIGLICERIDEOS) (VAL 180 DIAS).

PARA MESALAZINA E SULFASSALAZINA, ALÉM DOS EXAMES OBRIGATÓRIOS ACRESCENTAR:

- CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA COMPLETO (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE CREATININA SÉRICA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME QUALITATIVO DE URINA (EQU) (VAL 180 DIAS).



PARA INFLIXIMABE OU VEDOLIZUMABE, ALÉM DOS EXAMES OBRIGATÓRIOS ACRESCENTAR:

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE TGO E TGP (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA COMPLETO (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO LAUDO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX (VAL 180 DIAS);
- 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.

PARA TOFACITINIBE, ALÉM DOS EXAMES OBRIGATÓRIOS ACRESCENTAR:

- CÓPIA DO LAUDO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX (VAL 180 DIAS);
- 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.

INFORMACÕES IMPORTANTES

NÃO SÃO PERMITIDAS ASSOCIAÇÕES DE MEDICAMENTOS COM A MESMA FORMA DE ORGANIZAÇÃO (CONFORME FIXAÇÃO DA TABELA SIGTAP).

O CID -10 **K52.2** ESTÁ AUTORIZADO APENAS PARA SOLICITAÇÃO DE SULFASSALAZINA.

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.



**QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE RETOCOLITE ULCERATIVA
(Facultativo)**

1 NOME DO PACIENTE: _____

2 HISTÓRIA CLÍNICA:

* CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO, REGIÃO ACOMETIDA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:

* EM QUAL FASE DA DOENÇA PACIENTE SE ENCONTRA?

EM ATIVIDADE INFLAMATÓRIA

EM REMISSÃO CLÍNICA

* HÁ PRESENÇA DE MANIFESTAÇÕES EXTRAINTESTINAIS OU SISTÊMICAS?

SIM NÃO

SE **SIM**, DESCREVER DETALHADAMENTE AS CARACTERÍSTICAS DAS MANIFESTAÇÕES EXTRAINTESTINAIS OU SISTÊMICAS:



3 EXAMES DE DIAGNÓSTICO:

EXAME	DATA DA REALIZAÇÃO	ESTADIAMENTO DA DOENÇA	GRAVIDADE
() COLONOSCOPIA		() PROCTITE OU RETITE () COLITE ESQUERDA	() LEVE () MODERADA
() RETOSSIGMOIDOSCOPIA		() PANCOLITE () COLITE AGUDA () RETOCOLITE	() GRAVE

4 TRATAMENTO PRÉVIO, FAVOR MARCAR OS MEDICAMENTOS JÁ UTILIZADOS, MOTIVO DA INTERRUPTÃO, SE HÁ CONTRAINDICAÇÃO E O TEMPO DE USO.

NÃO REALIZOU TRATAMENTO PRÉVIO

SULFASSALAZINA FALHA TERAPÊUTICA INTOLERÂNCIA CONTRAINDICAÇÃO - TEMPO DE USO: _____

MESALAZINA FALHA TERAPÊUTICA INTOLERÂNCIA CONTRAINDICAÇÃO - TEMPO DE USO: _____

AZATIOPRINA FALHA TERAPÊUTICA INTOLERÂNCIA CONTRAINDICAÇÃO - TEMPO DE USO: _____

CICLOSPORINA FALHA TERAPÊUTICA INTOLERÂNCIA CONTRAINDICAÇÃO - TEMPO DE USO: _____

INFLIXIMABE FALHA TERAPÊUTICA INTOLERÂNCIA CONTRAINDICAÇÃO - TEMPO DE USO: _____

VEDOLIZUMABE FALHA TERAPÊUTICA INTOLERÂNCIA CONTRAINDICAÇÃO - TEMPO DE USO: _____

TOFACITINIBE FALHA TERAPÊUTICA INTOLERÂNCIA CONTRAINDICAÇÃO - TEMPO DE USO: _____

PACIENTE REALIZOU OUTROS TRATAMENTOS? SE **SIM**, FAVOR MENCIONAR:



5 TABELA INFORMATIVA COM AS ETAPAS DE TRATAMENTO, CLASSES E MEDICAMENTOS:

CLASSES/FÁRMACO	MEDICAMENTOS	ETAPA DE TRATAMENTO
MMCD SINTÉTICO/ AMINOSSALICILATOS	SULFASSALAZINA MESALAZINA	PRIMEIRA ETAPA
IMUNOSSUPRESSORES	CICLOSPORINA AZATIOPRINA	SEGUNDA ETAPA CASOS REFROTÁRIOS A AZATIOPRINA, TRATAR COMO DOENÇA GRAVE.
MMCD BIOLÓGICOS E ALVO- ESPECÍFICO	INFLIXIMABE VEDOLIZUMABE TOFACITINIBE	TERCEIRA ETAPA (USAR INFLIXIMABE E VEDOLIZUMABE NOS CASOS DE FALHA DO IMUNOSSUPRESSOR POR UM TEMPO MÍNIMO DE 12 SEMANAS). QUARTA ETAPA (USAR TOFACITINIBE NA PERDA DE RESPOSTA, INTOLERÂNCIA, HIPERSENSIBILIDADE OU OUTRO EVENTO ADVERSO AO TRATAMENTO PRÉVIO COM MEDICAMENTOS SINTÉTICOS OU AGENTE BIOLÓGICO (INFLIXIMABE, VEDOLIZUMABE).

6 MEDICAMENTO(S) EM USO:

MARCAR OS MEDICAMENTOS EM USO ATUALMENTE:

- SULFASSALAZINA INDUÇÃO DA REMISSÃO MANUTENÇÃO DA REMISSÃO DOSE: _____
- MESALAZINA INDUÇÃO DA REMISSÃO MANUTENÇÃO DA REMISSÃO DOSE: _____
- AZATIOPRINA INDUÇÃO DA REMISSÃO MANUTENÇÃO DA REMISSÃO DOSE: _____
- METOTREXATO INDUÇÃO DA REMISSÃO MANUTENÇÃO DA REMISSÃO DOSE: _____
- INFLIXIMABE INDUÇÃO DA REMISSÃO MANUTENÇÃO DA REMISSÃO DOSE: _____
- ADALIMUMABE INDUÇÃO DA REMISSÃO MANUTENÇÃO DA REMISSÃO DOSE: _____
- CERTOLIZUMABE INDUÇÃO DA REMISSÃO MANUTENÇÃO DA REMISSÃO DOSE: _____
- PACIENTE REALIZOU OUTROS TRATAMENTOS? SE **SIM**, FAVOR MENCIONAR:



7 PARA SOLICITAÇÃO DE INFLIXIMABE, VEDOLIZUMABE E TOFACITINIBE; INFORMAR:

PACIENTE JÁ REALIZOU O USO DA DOSE DE INDUÇÃO?

SIM NÃO

8 PACIENTE REALIZOU PROVA TUBERCULÍNICA (PPD)/IGRA?

SIM NÃO

CASO NÃO TENHA SIDO POSSÍVEL REALIZAR A PROVA TUBERCULÍNICA (PT)/IGRA E/OU JÁ TENHA REALIZADO TRATAMENTO COMPLETO PARA TUBERCULOSE (TB) ATIVA OU TRATAMENTO DE INFECÇÃO LATENTE PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (LTB), RELATAR:

9 PARA SOLICITAÇÃO DE TOFACITINIBE, ASSINALAR AS OPÇÕES ABAIXO:

EM CASO DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL: PACIENTE FARÁ USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO DURANTE O TRATAMENTO E ATÉ 18 SEMANAS APÓS A ÚLTIMA DOSE?

SIM NÃO

PACIENTE É GESTANTE OU PUÉRPERA?

SIM NÃO

PACIENTE MAIOR DE 18 ANOS?

SIM NÃO

PACIENTE APRESENTA INFECÇÃO BACTERIANA COM INDICAÇÃO DE USO DE ANTIBIÓTICO?

SIM NÃO

PACIENTE APRESENTA INFECÇÃO FÚNGICA AMEAÇADORA À VIDA?

SIM NÃO

PACIENTE APRESENTA INFECÇÃO POR HERPES ZÓSTER ATIVA?

SIM NÃO

PACIENTE APRESENTA HEPATITE B OU C AGUDA?

SIM NÃO

PACIENTE REALIZOU TRATAMENTO PRÉVIO COM INFLIXIMABE E VEDOLIZUMABE?

SIM NÃO



10 PARA SOLICITAÇÃO DE VEDOLIZUMABE, ASSINALAR AS OPÇÕES ABAIXO:

PACIENTE APRESENTA SEPTICEMIA?

SIM NÃO

PACIENTE APRESENTA CITOMEGALOVIROSE?

SIM NÃO

PACIENTE APRESENTA LISTERIOSE?

SIM NÃO

PACIENTE APRESENTA LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA?

SIM NÃO

PACIENTE APRESENTA ALGUMA OUTRA INFEÇÃO GRAVE?

SIM NÃO

EM CASO DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL: PACIENTE FARÁ USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO DURANTE O TRATAMENTO E ATÉ 18 SEMANAS APÓS A ÚLTIMA DOSE?

SIM NÃO

PACIENTE É GESTANTE OU PUÉRPERA?

SIM NÃO

PACIENTE MAIOR DE 18 ANOS?

SIM NÃO

11 PARA SOLICITAÇÃO DE INFILIXIMABE, ASSINALAR AS OPÇÕES ABAIXO:

PACIENTE APRESENTA SEPTICEMIA?

SIM NÃO

PACIENTE APRESENTA CITOMEGALOVIROSE?

SIM NÃO

PACIENTE APRESENTA LISTERIOSE?

SIM NÃO

PACIENTE APRESENTA LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA?

SIM NÃO

PACIENTE APRESENTA ALGUMA OUTRA INFEÇÃO GRAVE?

SIM NÃO

DATA DE PREENCHIMENTO: ____ / ____ / ____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: _____

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

	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

SULFASSALAZINA, MESALAZINA, AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, INFLIXIMABE, VEDOLIZUMABE E TOFACITINIBE.

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) **sulfassalazina, mesalazina, azatioprina, ciclosporina, infliximabe, vedolizumabe e tofacitinibe** indicado(s) para o tratamento da **Retocolite Ulcerativa**.

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) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as **seguintes melhorias**:

- em pacientes com doença ativa: melhora dos sintomas;
- em pacientes estáveis: a prevenção de recaídas;

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

- não se sabe ao certo os riscos do uso da ciclosporina na gravidez, portanto, caso engravidar, avisar imediatamente o médico;

- o risco na gravidez é improvável com o uso de sulfassalazina, mesalazina e infliximabe pois estudos em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos;

- há evidências de riscos ao feto com o uso de azatioprina, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos;

- os efeitos adversos mais comumente relatados para os medicamentos são:

- **para sulfassalazina**: dores de cabeça, reações alérgicas (dores nas juntas, febre, coceira, erupção cutânea), sensibilidade aumentada aos raios solares, dores abdominais, náusea, vômitos, perda de apetite, diarreia. Mais raramente podem ocorrer diminuição do número dos glóbulos brancos no sangue, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), anemia por destruição aumentada dos glóbulos vermelhos do sangue (anemia hemolítica), diminuição no número de plaquetas no sangue (aumenta os riscos de sangramento), piora nos sintomas da Retocolite Ulcerativa, problemas no fígado, falta de ar associada a tosse e febre (pneumonite intersticial), dor nas juntas, dificuldade para engolir, cansaço associado à formação de bolhas e com perda de regiões da pele e de mucosas (síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica) e desenvolvimento de sintomas semelhantes aos do lúpus eritematoso sistêmico (ou seja, bolhas na pele, dor no peito, mal-estar, erupções cutâneas, falta de ar e coceira);

- **para mesalazina**: dores de cabeça, reações alérgicas (dores nas juntas, febre, coceira, erupção cutânea), sensibilidade aumentada aos raios solares, perda de cabelo, dores abdominais, náusea, vômitos,

perda de apetite, diarreia, diarreia com sangue, tonturas, rinite, cansaço ou fraqueza. Mais raramente podem ocorrer hepatite medicamentosa, pancreatite e pericardite.

- **para azatioprina:** diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, problemas para o fígado e pâncreas, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, perda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos, falta de ar, pressão baixa, problemas nos pulmões e reações de hipersensibilidade, diminuição das defesas imunológicas do organismo com ocorrência de infecções. A azatioprina pode causar de câncer em animais e provavelmente tenha o mesmo efeito na espécie humana;

- **para 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 triglicerídeos, formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão mental, 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 a temperatura e aumento das mamas;

- **para infliximabe:** náusea, diarreia, dor abdominal, vômito, má digestão, azia, dor de cabeça, fadiga, febre, tontura, dor, *rash* cutâneo, prurido, bronquite, rinite, infecção de vias aéreas superiores, tosse, sinusite, faringite, reativação de tuberculose, reação à infusão, dor no peito, infecções, reações de hipersensibilidade, dor nas juntas, dor nas costas, infecção do trato urinário; outros efeitos: abscesso, hérnia abdominal, aumento dos níveis das aminotransferase/transaminases hepáticas (ALT/TGP e AST/TGO), anemia, ansiedade, apendicite, artrite, problemas no coração, carcinoma basocelular, cólica biliar, fratura óssea, infarto cerebral, câncer de mama, celulite, colecistite, colelitíase, confusão, desidratação, delírio, depressão, hérnia diafragmática, falta de ar, disúria, inchaço, confusão mental, endometriose, endoftalmite, furúnculos, úlcera gástrica, hemorragia gastrointestinal, hepatite colestática, herpes zoster, hidronefrose, pressão alta ou baixa, hérnia de disco intervertebral, inflamação, obstrução intestinal, perfuração intestinal, estenose intestinal, cisto articular, degeneração articular, infarto renal, leucopenia, linfangite, lúpus eritematoso sistêmico, linfoma, mialgia, isquemia miocárdica, osteoartrite, osteoporose, isquemia periférica, problemas nos pulmões, nos rins e no pâncreas, adenocarcinoma de reto, sepse, câncer de pele, sonolência, tentativa de suicídio, desmaios, problemas nos tendões, diminuição de plaquetas, trombose, úlceras e perda de peso; pode facilitar o estabelecimento ou agravar infecções fúngicas e bacterianas;

- **para vedolizumabe:** nasofaringite, cefaleia, artralgia, dor nas extremidades, bronquite, gastroenterite, infecção do trato respiratório superior, influenza, sinusite, faringite; parestesia; hipertensão; dor na orofaringe, congestão nasal, tosse; abscesso anal, fissura anal, náusea, dispepsia, constipação, distensão abdominal, flatulência, hemorroidas; erupção cutânea, prurido, eczema, eritema, suores noturnos, acne; espasmos musculares, lombalgia, fraqueza muscular, fadiga; febre.

- **para tofacitinibe:** infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zoster ativa; hepatites B ou C agudas. É preconizada avaliação dos pacientes quanto a fatores de risco para

tromboembolismo venoso antes do início do tratamento e periodicamente durante o tratamento. O tofacitinibe deve ser usado com cautela em pacientes nos quais os fatores de risco são identificados

- medicamentos estão contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos;
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

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 ser atendido, inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento.

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

- azatioprina ciclosporina infliximabe
 mesalazina sulfassalazina tofacitinibe vedolizumabe

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

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: A prescrição de biológicos dependerá da disponibilidade desses medicamentos no âmbito da Assistência Farmacêutica do SUS.

Nota 2: 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);