

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
HIOPARATIREOIDISMO – CID: E20.0, E20.1, E20.8, E89.2****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.

INFORMACÕES/EXAMES**LAUDO (Todos os medicamentos):**

- LAUDO MÉDICO COM DESCRIÇÃO CLÍNICA DETALHADA DOS SINAIS, TRATAMENTOS PRÉVIOS MEDICAMENTOSOS E SEU TEMPO DE DURAÇÃO.

EXAMES OBRIGATÓRIOS:

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE MAGNÉSIO SÉRICO (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE PARATOHORMÔNIO (PTH) (VAL. 180 DIAS).
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE CÁLCIO TOTAL SÉRICO E CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE ALBUMINA SÉRICA (VAL. 180 DIAS); **OU**
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE CÁLCIO IÔNICO SÉRICO (VAL. 180 DIAS).

PARA CASOS DE PSEUDOHIOPARATIREOIDISMO (DE ACORDO COM O PCDT, É NECESSÁRIO APRESENTAR):

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE CÁLCIO TOTAL SÉRICO (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE ALBUMINA SÉRICA (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE CÁLCIO IÔNICO SÉRICO (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE FÓSFORO SÉRICO (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE CREATININA SÉRICA (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE PARATOHORMÔNIO (PTH) (VAL. 180 DIAS).

OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

A ENTREGA DOS EXAMES/DOCUMENTOS DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE E 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 DOS EXAMES/DOCUMENTOS CONFORME O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESPECÍFICO PARA SUA SITUAÇÃO CLÍNICA.

EXAMES:

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE CALCIÚRIA DE 24 HORAS

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*

--	--	--

 kg4- 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 Preta Parda Amarela Indígena. Informar Etnia: _____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 _____

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ALFACALCIDOL E CALCITRIOL.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos **alfacalcidol e calcitriol**, indicados para o tratamento do **hipoparatiroidismo**.

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:

- melhorar os sintomas de cálcio baixo no sangue;
- evitar complicações agudas e crônicas de cálcio baixo no sangue.

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

- não se sabe ao certo os riscos do uso deste medicamento na gravidez; portanto, caso engravide, não interrompa o tratamento e avise imediatamente o médico;

- em relação à amamentação, a segurança para o uso dos medicamentos deve ser avaliada pelo médico assistente, considerando riscos e benefícios, visto ser excretado pelo leite materno;

- os efeitos colaterais já relatados para alfacalcidol e calcitriol são os seguintes: aumento da quantidade de cálcio no sangue, caracterizada por dor óssea, constipação, diarreia, secura da boca, dor de cabeça, sede intensa, aumento da frequência ou da quantidade de urina, perda do apetite, gosto metálico, dor muscular, náusea, vômitos, cansaço e fraqueza. Efeitos crônicos podem incluir conjuntivite, diminuição da libido, irritabilidade, coceira, infecções do trato urinário, febre alta, aumento da pressão arterial, batimentos cardíacos irregulares, aumento da sensibilidade dos olhos à luz ou irritação, aumento dos níveis de fósforo e colesterol no sangue, perda de peso, pancreatite e psicose, que é o sintoma mais raro;

- este medicamento é contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao fármaco, aumento da quantidade de cálcio e vitamina D e osteodistrofia renal com hiperfosfatemia;

- 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 a ser atendido, inclusive se 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:

() Alfacalcidol

() Calcitriol

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: _____			



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);