

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
ARTRITE REATIVA – CID: M02.3, M03.6, M02.1, M02.3 – SULFASSALAZINA 500MG COMP**

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:

- LAUDO MÉDICO DETALHADO COM DESCRIÇÃO CLÍNICA DOS SINAIS E SINTOMAS, TRATAMENTOS PRÉVIO, DURAÇÃO DE CADA INTERVENÇÃO E REGIÃO ACOMETIDA PELA DOENÇA CONFORME OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DESCRITOS NO PCDT VIGENTE.

EXAMES OBRIGATÓRIOS:

- CÓPIA DO LAUDO DE RADIOGRAFIA SIMPLES OU ULTRASSONOGRRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS REGIÕES ACOMETIDAS PELA DOENÇA (VAL: QUALQUER DATA); **OU**
- CÓPIA DO EXAME DE TIPAGEM DE IMUNOCOMPLEXOS (COMO O HLA-B27) (VAL: QUALQUER DATA); **OU**
- CÓPIA DO EXAME DE PROTEÍNA C REATIVA (VAL: QUALQUER DATA);

QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ARTRITE REATIVA (Facultativo)

1. NOME DO PACIENTE:

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:

3. INFORMAR A PRESENÇA DOS CRITÉRIOS AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY (ACR) 1999:

CRITÉRIOS MAIORES:

- ARTRITE COM PELO MENOS 2 DE 3 CARACTERÍSTICAS (ASSIMÉTRICA, MONO OU OLIGOARTICULAR, ACOMETIMENTO DE MEMBROS INFERIORES);
- INFECÇÃO SINTOMÁTICA PRECEDENDO O QUADRO ARTICULAR COM PELO MENOS UMA DAS CARACTERÍSTICAS (ENTERITE – DIARREIA POR AO MENOS UM DIA ENTRE 3 DIAS A 6 SEMANAS DO INÍCIO DA ARTRITE; URETRITE – DISÚRIA OU DESCARGA URETRAL POR AO MENOS UM DIA ENTRE 3 DIAS A 6 SEMANAS DO INÍCIO DA ARTRITE).

CRITÉRIOS MENORES:

- EVIDÊNCIA DE INFECÇÃO DA URETRA OU DO COLO UTERINO POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS;
- CULTURA DE FEZES POSITIVA PARA PATÓGENOS ENTÉRICOS ACIMA MENCIONADOS E REAÇÃO EM CADEIA DE POLIMERASE (PCR, SIGLA EM INGLÊS) POSITIVA PARA CHLAMYDIA NO LÍQUIDO SINOVIAL.

4. RELATAR TODOS OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS:

ASSUMO INTEGRAL RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS.

DATA DE PREENCHIMENTO: ____ / ____ / ____

ASSINATURA E CARIMBO: _____

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

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 _____

Branca

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

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

ACETATO DE BETAMETASONA + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA,
ACETATO DE METILPREDNISOLONA, IBUPROFENO, NAPROXENO, PREDNISONA E SULFASSALAZINA.

Eu, _____ (nome do [a] paciente), declaro ter sido informado (a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **acetato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona, acetato de metilprednisolona, ibuprofeno, naproxeno, prednisona e sulfassalazina**, indicados para o tratamento da **Artrite Reativa**.

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:

- melhora da dor;
- melhora dos sinais e sintomas de inflamação articular;
- melhora da qualidade de vida; e
- redução da morbidade e incapacidade nos pacientes.

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

- Sulfassalazina, prednisona, naproxeno e ibuprofeno não devem ser usados durante a gravidez e lactação, exceto sob orientação do seu médico.

- O uso de corticoides intra-articulares (metilprednisolona e betametasona) durante a gestação, quando recomendado pelo seu médico, deve ocorrer com as menores doses possíveis, especialmente no primeiro trimestre.

- Efeitos adversos do **ibuprofeno**: tontura, urticária na pele, reações de alergia, dor de estômago, náusea, má digestão, prisão de ventre, perda de apetite, vômitos, diarreia, gases, dor de cabeça, irritabilidade, zumbido, inchaço e retenção de líquidos.

- Efeitos adversos do **naproxeno**: dor abdominal, sede, constipação, diarreia, dispneia, náusea, estomatite, azia, sonolência, vertigens, enxaqueca, tontura, erupções cutâneas, prurido, sudorese, ocorrência de distúrbios auditivos e visuais, palpitações, edemas, dispepsia e púrpura

- Efeitos adversos da **sulfassalazina**: dor de cabeça, sensibilidade aumentada aos raios solares, alergias de pele graves, dores abdominais, náusea, vômitos, perda de apetite, diarreia, hepatite, dificuldade para engolir, 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 do número de plaquetas no sangue, falta de ar associada à tosse e febre (pneumonite intersticial), dores articulares, cansaço e reações alérgicas.

- Efeitos adversos da **prednisona**: 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 **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, manifestação ou complicações do diabetes melito, e urticária crônica.

- Efeitos adversos da **betametasona**: 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, manifestação de diabetes melito, e reações no local da injeção.

- Medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

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

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

- () acetato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona
- () acetato de metilprednisolona
- () ibuprofeno
- () naproxeno
- () prednisona
- () sulfassalazina

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:
Data:___			
_____ Assinatura e carimbo do médico			

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 de metilprednisolona ou betametasona é compatível com o procedimento 03.03.09.003-0: infiltração de substâncias em cavidade sinovial (articulação, bainha tendinosa), 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);