

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
HIDRADENITE SUPURATIVA – CID: L73.2****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.

INFORMAÇÕES/EXAMES**LAUDO (PACIENTES MAIORES DE 18 ANOS E QUE DEVEM APRESENTAR 3 CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA):**

- 1- DESCRIÇÃO CLÍNICA DETALHADA DOS SINAIS E SINTOMAS E TRATAMENTOS PRÉVIOS, CONTENDO HISTÓRICO DE LESÕES RECORRENTES DOLOROSAS OU SUPURATIVAS MAIS DE 2 VEZES EM 6 MESES;
- 2- LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA TÍPICA, TIPO DE LESÕES TÍPICAS E HISTÓRICO FAMILIAR, SEM EVIDÊNCIA MICROBIOLÓGICA DE PATÓGENOS OU COM PRESENÇA DE MICROFLORA NORMAL DE PELE NAS LESÕES;
- 3- CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA DOENÇA. (LEVE MODERADA E GRAVE). CÁLCULO ESTIMADO PELO IHS4 (INTERNATIONAL HIDRADENITIS SUPPURATIVA SEVERITY SCORE SYSTEM (IHS4)).

EXAMES PARA ADALIMUMABE:

- 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 DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME HEMOGRAMA (VAL 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE CREATININA SÉRICA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE TGO E TGP (VAL 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO – VHS – (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE PROTEÍNA C REATIVA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE B-HCG SÉRICO PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL (VALIDADE MÁXIMA DE 15 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE HBSAG (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE ANTI-HBC (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE ANTI-HCV (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE ANTI-HIV (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE ANTICORPOS IGM PARA HERPES ZÓSTER (VAL 180 DIAS).

OUTROS EXAMES E DOCUMENTOS

OS EXAMES/DOCUMENTOS 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 PCDT DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESPECÍFICO PARA SUA SITUAÇÃO CLÍNICA.

- CULTURA MICROBIOLÓGICA E O TESTE DE SENSIBILIDADE AOS ANTIMICROBIANOS;
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POR IMAGEM: ULTRASSONOGRAFIA DE PELE COM TRANSDUTOR DE ALTA FREQUÊNCIA; OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA REPRESENTA PARA A DETECÇÃO DE FÍSTULAS, EM ESPECIAL AS QUE ENVOLVEM OUTROS ÓRGÃOS.

**QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HIDRADENITE SUPURATIVA (Facultativo)****1. NOME DO PACIENTE:**

2. MARCAR A SEGUIR AS CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS QUE O PACIENTE DEVE APRESENTAR PARA O DIAGNÓSTICO DE HIDRADENITE SUPURATIVA DE ACORDO COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA DA DOENÇA.**HISTÓRIA DE LESÕES RECORRENTES DOLOROSAS OU SUPURATIVAS MAIS DE 2 VEZES EM 6 MESES.**

- SIM
 NÃO

LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA TÍPICA: AXILA, VIRILHA, REGIÃO PERINEAL E PERIANAL, NÁDEGAS, DOBRAS INFRA- E INTERMAMÁRIAS.

- SIM
 NÃO

LESÕES TÍPICAS: NÓDULOS (INFLAMATÓRIO OU NÃO, ÚNICO OU MÚLTIPLOS, DOLOROSO OU PROFUNDOS), TRATOS SINUSAIS (INFLAMATÓRIOS OU NÃO), ABSCESSOS, COMEDÕES OU CICATRIZES (ATRÓFICAS, EM MALHA, VERMELHA, HIPERTRÓFICA OU LINEAR).

- SIM
 NÃO

3. INSERIR O RESULTADO DE AVALIAÇÃO DAS LESÕES PARA, PELO MENOS, UM DOS INDICADORES:**ESTÁGIOS DE HURLEY:**

- ESTÁGIO I
 ESTÁGIO II
 ESTÁGIO III

PONTUAÇÃO IHS4:

- LEVE (PONTUAÇÃO INFERIOR A 3)
 MODERADA (PONTUAÇÃO ENTRE 4 E 10 PONTOS)
 GRAVE (PONTUAÇÃO ACIMA DE 11 PONTOS)

HS-PGA:

- SEM LESÕES (SCORE 0)
 MÍNIMA (SCORE 1)
 LEVE (SCORE 2)
 MODERADA (SCORE 3)
 GRAVE (SCORE 4)
 MUITO GRAVE (SCORE 5)

4. INDICAR O QUANTITATIVO DE CADA UM DOS TRÊS TIPOS DE LESÕES ABAIXO - HIDRADENITIS SUPPURATIVA CLINICAL RESPONSE (HISCR):

	PRÉ TRATAMENTO	PÓS TRATAMENTO
A) ABSCESSO: FLUTUANTE, COM OU SEM DRENAGEM, SENSÍVEL OU DOLOROSO		
B) NÓDULOS INFLAMATÓRIOS: DOLOROSO, ERITEMATOSO, GRANULOMA PIOGÊNICO;		
C) FÍSTULA DE DRENAGEM: TRATOS SINUSAIS COM COMUNICAÇÃO NA DERME, DRENANDO SECREÇÃO PURULENTA		

5. DETALHAR TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PRÉVIO (TÓPICO E/OU SISTÊMICO; INFORMAR FALHA TERAPÊUTICA, INTOLERÂNCIA E/OU CONTRAINDICAÇÕES):

6. NÃO TENHA SIDO POSSÍVEL REALIZAR A PROVA DE MANTOUX (TESTE TUBERCULÍNICO) E/OU JÁ TENHA REALIZADO TRATAMENTO COMPLETO PARA TUBERCULOSE, RELATAR:

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*

4- Nome da Mãe do Paciente*

6-Altura do paciente*

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

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ADALIMUMABE, CLINDAMICINA, RIFAMPICINA E TETRACICLINA.

Eu, _____ [nome do(a) paciente], declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **fosfato de clindamicina, cloridrato de tetraciclina, cloridrato de clindamicina, rifampicina e adalimumabe**, indicados para o tratamento da **hidradenite supurativa**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do prescritor).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- melhora dos sintomas da doença;
- melhora da qualidade de vida.

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

- **Fosfato de clindamicina 1%:** Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes; pacientes com antecedentes de enterite regional, colite ulcerativa ou colite induzida ou associada a antibióticos (incluindo colite pseudomembranosa). Não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou durante a amamentação;

- **Cloridrato de tetraciclina:** Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes, na gestação e amamentação;

- **Cloridrato de clindamicina:** Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes e amamentação;

- **Rifampicina:** Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes. Não deve ser administrada simultaneamente com a combinação de saquinavir/ritonavir;

- **Adalimumabe:** Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes; infecções graves devido a bactérias, micobactérias, infecções fúngicas invasivas (histoplasmoze disseminada ou extrapulmonar, aspergilose, coccidioidomicose), virais, parasitárias ou outras infecções oportunistas^{4,36}; tuberculose ativa e latente⁴; insuficiênciacardiaca *New York Heart Association* (NYHA) III e IV^{4,36}; vacinação com vírus vivo³⁶.

Estou ciente de que o 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 do(s) seguinte(s) medicamento(s):

- | | |
|--------------------------------|-----------------|
| () Fosfato de clindamicina 1% | () Rifampicina |
| () Cloridrato de tetraciclina | () Adalimumabe |
| () Cloridrato de clindamicina | |

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional do SUS:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
Assinatura do paciente ou do responsável legal:		
Médico:	CRM:	RS:
<hr/> 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);