

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE – CID: D59.0, D59.1****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 AVALIADO POR HEMATOLOGISTA DETALHANDO A DESCRIÇÃO CLÍNICA DOS SINAIS E SINTOMAS, INCLUINDO A DURAÇÃO DOS SINTOMAS, OS TRATAMENTOS JÁ UTILIZADOS E A DURAÇÃO DE CADA UM.

EXAMES (TODOS OS MEDICAMENTOS):

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE HEMOGLOBINA E PLAQUETAS (HEMOGRAMA) (VAL: 30 DIAS);
- CÓPIA DO TESTE DE COOMBS DIRETO (TCD) APRESENTANDO DETECÇÃO DO ANTICORPO LIGADO POR ANTI-IGG OU ANTI-IGA; (VAL: QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO EXAME DE CONTAGEM DE RETICULÓCITOS **OU** CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (DHL) **OU** CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA (VAL: 90 DIAS);
- CÓPIA DO TESTE DE DONATH-LANDSTEINER **SE** HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA À FRIO (VAL: ÚLTIMO EXAME REALIZADO);
- PESQUISA DE CRIOAGLUTININA **SE** DOENÇA POR ANTICORPO À FRIO (VAL: ÚLTIMO EXAME REALIZADO).

QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE

1. NOME DO PACIENTE:

2. PACIENTE APRESENTA TESTE DE COOMBS DIRETO POSITIVO:

- SIM
 NÃO

3. MARCAR O GRAU DE ANEMIA DO PACIENTE:

- LEVE
 MODERADA
 GRAVE

4. MARCAR OS CRITÉRIOS QUE O PACIENTE APRESENTA:

- HEMOGRAMA COM ANEMIA PELO MENOS MODERADA (HB ABAIXO DE 10 G/DL)
 TESTE DE COOMBS DIRETO POSITIVO E COMPROVAÇÃO LABORATORIAL DE HEMÓLISE DEMONSTRADA POR RETICULOCITOSE OU AUMENTO DE DESIDROGENASE LÁCTICA OU REDUÇÃO DA HAPTOGLOBINA

SERÁ NECESSÁRIA AINDA A IDENTIFICAÇÃO DO SUBTIPO QUE, PARA O DIAGNÓSTICO, DEVE PREENCHER UM DOS CRITÉRIOS ABAIXO:

- PARA ANEMIA POR ANTICORPOS QUENTES: APRESENTAR DETECÇÃO DO ANTICORPO LIGADO POR ANTI-IGG OU ANTI-IGA;
 PARA DOENÇA DAS AGLUTININAS A FRIO (CRIOAGLUTININAS): APRESENTAR COMPLEMENTO LIGADO POR ANTI-C3 E PESQUISA DE CRIOAGLUTININAS POSITIVA COM TÍTULOS ACIMA DE 1:40; **OU**
 PARA HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA A FRIO: APRESENTAR ANTICORPO LIGADO POR ANTI-IGG, COM TESTE DE DONATH-LANDSTEINER POSITIVO.

5. PACIENTE APRESENTA SÍNDROME DE EVANS, PLAQUETOPENIA (CONTAGEM TOTAL DE PLAQUETAS ABAIXO DE 150.000/MM3):

- SIM
 NÃO

6. INFORMAR OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS:

7. PACIENTE REALIZOU ESPLENECTOMIA, SE AHAI POR ANTICORPOS "QUENTES":

- SIM
 NÃO

SE SIM, PACIENTE É REFRATÁRIO:

- SIM
 NÃO

8. PACIENTE REALIZOU PLASMAFERESE, SE AHAI POR ANTICORPOS IGM "A FRIO":

- SIM
 NÃO

9. PACIENTE GESTANTE:

- SIM
 NÃO

DATA DE PREENCHIMENTO: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

CICLOFOSFAMIDA, CICLOSPORINA E IMUNOGLOBULINA HUMANA.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **ciclofosfamida, ciclosporina e imunoglobulina humana** indicados para o tratamento da **anemia hemolítica autoimune**.

Os termos médicos foram explicados e todas as 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 melhoras:

- redução da hemólise, com elevação dos níveis de hemoglobina e melhora dos sintomas.

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

- não se sabe ao certo os riscos do uso de ciclosporina e imunoglobulina humana na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- a ciclofosfamida não deve ser usada durante a gestação pelo risco de má formação do feto, sendo que deve ser suspenso imediatamente em caso de suspeita de gravidez;
- **efeitos adversos da ciclofosfamida:** náusea, vômitos, queda de cabelo, risco aumentado de infecções, diminuição do número de células brancas no sangue, anemia, infecções da bexiga acompanhada ou não de sangramento;
- **efeitos adversos da ciclosporina:** problemas nos rins e no fígado, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, crescimento da gengiva, aumento do colesterol e triglicerídios, formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, 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 à temperatura e aumento das mamas;
- **efeitos adversos da imunoglobulina humana:** dor de cabeça, calafrios, febre, reações no local de aplicação da injeção (dor, coceira e vermelhidão), problemas renais (aumento dos níveis de creatinina e ureia no sangue, insuficiência renal aguda, necrose tubular aguda, nefropatia tubular proximal, nefrose osmótica);

Estou ciente de que o(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) 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):

() ciclofosfamida

() ciclosporina

() imunoglobulina humana



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);