



**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO  
DOENÇA FALCIFORME- CID: D57.0, D57.1, D57.2**

**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 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:**

- ENVIAR DESCRIÇÃO CLÍNICA DETALHADA DOS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DO PACIENTE, ELUCIDANDO A EVOLUÇÃO CLÍNICA NOS ÚLTIMOS 12 MESES E TRATAMENTOS UTILIZADOS ANTERIORMENTE.

**EXAMES OBRIGATÓRIOS:**

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL (ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA) (VAL: QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM HEMOGRAMA COMPLETO COM CONTAGEM DE HEMOGLOBINA (VAL: 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE CONTAGEM DE PLAQUETAS (VAL: 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE CONTAGEM DE RETICULÓCITOS (VAL: 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TGO E TGP (VAL: 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE CREATININA SÉRICA OU TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (VAL: 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE ÁCIDO ÚRICO (VAL: 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (DHL) (VAL: 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE HBSAG (VAL: 6 MESES);
- CÓPIA DO EXAME DE ANTI-HCV (VAL: 6 MESES);
- CÓPIA DO EXAME DE ANTI-HIV (VAL: 6 MESES);
- CÓPIA DO EXAME DE B-HCG SÉRICO PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL (VAL: 15 DIAS).



### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

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

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE PROTEINÚRIA DE 24 HORAS (VAL: 90 DIAS); SÓ PRECISA APRESENTAR SE FOR A ÚNICA ALTERAÇÃO QUE JUSTIFIQUE O USO DE HIDROXIURÉIA
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA (VAL: 90 DIAS);
- CÓPIA DO LAUDO DE ECODOPPLER TRANSCRANIANO (VAL: 90 DIAS), SE A INDICAÇÃO FOR O TRATAMENTO COM HIDROXIURÉIA EM CRIANÇAS ATÉ 16 ANOS.
- CÓPIA DO EXAME DE CONTAGEM DE LEUCÓCITOS TOTAIS (HEMOGRAMA)
- CÓPIA DO EXAME DE CONTAGEM DE NEUTRÓFILOS TOTAIS (HEMOGRAMA)



**QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA FALCIFORME (facultativo)**

1. NOME DO PACIENTE:

---

2. IDADE DO PACIENTE:

---

3. PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO, ATUALMENTE LACTANTE?

- SIM  
 NÃO

4. PACIENTE COM POSSIBILIDADE DE COMPARECER ÀS REAVALIAÇÕES PERIÓDICAS?

- SIM  
 NÃO

5. MARCAR AS COMPLICAÇÕES QUE O PACIENTE TENHA APRESENTADO NOS ÚLTIMOS 12 MESES, ANEXAR OS EXAMES CONFORME AS OPÇÕES ASSINALADAS.

- TRÊS OU MAIS EPISÓDIOS DE CRISES VASOCLUSIVAS COM NECESSIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO;  
 DOIS EPISÓDIOS DE SÍNDROME TORÁCICA AGUDA (DEFINIDA COMO DOR TORÁCICA AGUDA COM INFILTRADO PULMONAR NOVO, FEBRE DE 37,5°C OU SUPERIOR, TAQUIPNEIA, SIBILOS PULMONARES OU TOSSE);  
 UM EPISÓDIO DE PRIAPISMO GRAVE OU PRIAPISMO RECORRENTE;  
 NECROSE ISQUÊMICA ÓSSEA;  
 INSUFICIÊNCIA RENAL;  
 PROTEINÚRIA DE 24 H MAIOR OU IGUAL A 1 G;  
 ANEMIA GRAVE E PERSISTENTE (HB MENOR QUE 6 G/DL EM TRÊS DOSAGENS NO PERÍODO DE 3 MESES);  
 DESIDROGENASE LÁCTICA (DHL) ELEVADA DUAS VEZES ACIMA DO LIMITE SUPERIOR NAS CRIANÇAS OU ADOLESCENTES E ACIMA DE TRÊS VEZES DO LIMITE SUPERIOR NO ADULTO;  
 ALTERAÇÕES NO ECO-DOPPLER TRANSCRANIANO ACIMA DE 160 E ATÉ 200 CM/S;  
 RETINOPATIA PROLIFERATIVA; OU  
 QUAISQUER OUTRAS SITUAÇÕES EM QUE HAJA COMPROVAÇÃO DE LESÃO CRÔNICA DE ÓRGÃO(S).

6. PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS DE IDADE E MAIORES QUE 9 MESES, INFORMAR SE O PACIENTE ALÉM DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO APRESENTA TAMBÉM 1 DOS SEGUINTE FATORES ABAIXO:

DACTILITE (NO PRIMEIRO ANO DE VIDA), RELATAR:

---

---

CONCENTRAÇÃO DE HB MENOR QUE 7 G/DL (MÉDIA DE 3 VALORES FORA DE EVENTO AGUDO). ANEXAR OS TRÊS EXAMES COMPROVATÓRIOS (HEMOGRAMA) E RELATAR:

---

---

CONTAGEM DE LEUCÓCITOS MAIOR QUE 20.000/MM<sup>3</sup> (MÉDIA DE 3 VALORES FORA DE EVENTO AGUDO). ANEXAR OS TRÊS EXAMES COMPROVATÓRIOS (HEMOGRAMA) E RELATAR:

---

---

7. INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA:

- INFECÇÃO POR VÍRUS HIV  
 HEPATITES B OU C

**8. INFORMAR TRATAMENTO PRÉVIO E ATUAL:**

---

---

---

**9. OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES:**

---

---

---

DATA DE PREENCHIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO: \_\_\_\_\_

**MÉDICO**



## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

HIDROXIUREIA, FENOXIMETILPENICILINA (PENICILINA V), BENZILPENICILINA BENZATINA (PENICILINA G), ERITROMICINA.

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 hidroxureia, fenoximetilpenicilina (penicilina V), benzilpenicilina benzatina (penicilina G), eritromicina, indicados para o tratamento da doença falciforme.

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(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer os seguintes benefícios:

- desaparecimento ou diminuição dos episódios de dor;
- aumento da produção de hemoglobina fetal no sangue;
- aumento, mesmo que pequeno, da concentração total da hemoglobina no sangue;
- diminuição dos episódios de síndrome torácica aguda;
- diminuição do número de hospitalizações;
- diminuição do número de transfusões sanguíneas;
- regressão ou estabilização de danos em órgãos ou tecidos;
- melhora do bem-estar e da qualidade de vida e maior sobrevivência.

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

- Fenoximetilpenicilina e benzilpenicilina benzatina (categoria B de risco para mulheres grávidas): os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas também não há estudos controlados em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram riscos, mas que não foram confirmados em estudos controlados em mulheres grávidas. Penicilinas atravessam rapidamente a barreira placentária. O efeito para o feto, caso exista, não é conhecido. Apesar de serem consideradas seguras, as penicilinas só devem ser prescritas para mulheres grávidas, quando estritamente necessário.

- Eritromicina e hidroxureia (categoria D de risco para mulheres grávidas): o uso destes medicamentos só deve ser feito na gravidez e lactação após cuidadosa avaliação da relação risco-benefício, pois há evidência de risco fetal, mas a necessidade pode justificar o uso. Estes medicamentos não devem ser utilizados por mulheres grávidas sem orientação médica. Informe imediatamente seu médico em caso de suspeita de gravidez.

- A hidroxureia pode causar redução da capacidade reprodutiva de homens e mulheres;

- **efeitos adversos mais frequentes da hidroxureia:** diminuição do número de glóbulos brancos (leucopenia e neutropenia), de glóbulos vermelhos (anemia) e de plaquetas (trombocitopenia), cansaço, dor de cabeça, tonturas, desorientação e alucinações; perda de apetite, náusea, vômitos, diarreia, prisão de ventre e dor de estômago; elevação de enzimas hepáticas, hepatite medicamentosa, infiltrado pulmonar e fibrose pulmonar; erupções na pele, hiperpigmentação das unhas, queda de cabelos, câncer de pele, perda de função renal, elevação dos níveis sanguíneos de ureia, creatinina e ácido úrico, febre, calafrios, mal-estar;

- **efeitos adversos mais frequentes fenoximetilpenicilina (penicilina V):** dor de cabeça, candidíase oral, náusea, vômitos, diarreia, candidíase vaginal; erupções na pele; coceiras, inchaço, falta de ar, dor abdominal, reações anafiláticas, edema de laringe, hipotensão, vermelhidão, confusão mental, convulsões, febre, hepatite medicamentosa, problemas no intestino e nos rins, diminuição do número de glóbulos brancos (leucopenia e neutropenia), de glóbulos vermelhos (anemia) e de plaquetas (trombocitopenia).

- **efeitos adversos mais frequentes da benzilpenicilina benzatina (penicilina G):** erupções na pele, febre, calafrios, coceiras, dor nas juntas, cansaço, reações anafiláticas, entre outros.

- **efeitos adversos mais frequentes da eritromicina:** cólicas, mal-estar, náusea, vômitos, diarreia e reações alérgicas, entre outros.



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, inclusive se desistir de usar o(s) medicamento(s).

Também estou ciente de que o ácido fólico, medicamento complementar ao meu tratamento, pode, raramente, ser maléfico à minha função renal, além de provocar reação alérgica (febre e erupção cutânea).

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(s) seguinte(s) medicamento(s):

- ( ) hidroxiureia
- ( ) fenoximetilpenicilina (penicilina V)
- ( ) benzilpenicilina benzatina (penicilina G)
- ( ) eritromicina

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: 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);