

Processo para Solicitação de Imunoglobulina Endovenosa ao Estado

Residentes em Porto Alegre:

Farmácia de Medicamentos Especiais
Av. Borges de Medeiros nº 546 - 1º andar
Telefone: (51) 3901-1004 Fax: (51) 3225-8179

Residentes em Santa Maria:

Coordenadoria Regional de Saúde - 4ª CRS
Rua André Marques, 675 - Fones: (55) 3222.3101/ 3222-2929

Residentes em outros municípios do Estado:

Dirigir-se à Secretaria Municipal de Saúde

Documentação necessária para abertura de processo para solicitação de Medicamentos Especiais:

- Cadastro de Usuário e de responsável (menores)

- Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do paciente.

- Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do responsável legal (para pacientes menores de 18 anos).

- Receita médica original adequada ao tipo de medicamento (controle especial, notificação de receita ou receituário simples) atualizada com assinatura e carimbo do médico com CRM legível, e a descrição do medicamento de acordo com a Denominação Comum Brasileira, dose por unidade posológica (concentração), apresentação (comprimido, drágea, cápsula, xarope, spray etc), posologia e duração do tratamento.

- Relatório médico detalhado contendo diagnóstico da doença, história terapêutica prévia, parefeitos com outros medicamentos, tempo de duração do tratamento e demais informações que possam auxiliar na análise da solicitação.

-Formulário de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos

Preenchido pelo médico com da dosagem mensal do medicamento, CID e número do CNS do médico

- Cópia dos exames complementares que comprovem a situação clínica para a qual está sendo pedido o medicamento.

Exames necessários para cadastro e renovação de fornecimento Imunoglobulina Endovenosa

Hemograma, Exame comum de urina

Pesquisa de anticorpos para rubéola e hepatite A (HBV) – **só no cadastramento**

IgG, IgA, IgM

Uréia e creatinina

TGO, TGP, gama GT

Tempo de protrombina

Albumina

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO IMUNOGLOBULINA HUMANA Eu, _____, (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento imunoglobulina humana, indicado para o tratamento da imunodeficiência primária com predominância de defeitos de anticorpos. Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido. Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico). Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis. Assim, declaro que: Fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer os seguintes benefícios: · diminuição da frequência e duração de infecções anuais. Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos: · medicamento classificado na gestação como categoria C (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos) · os efeitos colaterais já relatados são: dor de cabeça, calafrios, febre, reações no local de aplicação da injeção que incluem dor, coceira e vermelhidão, aumento de creatinina e uréia no sangue, seguido de oligúria e anúria, insuficiência renal aguda, necrose tubular aguda, nefropatia tubular proximal, nefrose osmótica. · medicamento contra-indicados em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco; · o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem. Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato. Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado. Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico. Paciente: Documento de identidade: Sexo: Masculino () Feminino () Idade: Endereço: Cidade: CEP: Telefone: () Responsável legal (quando for o caso): Documento de identidade do responsável legal: Assinatura do paciente ou do responsável legal Médico Responsável: CRM: UF: Endereço: Cidade: CEP: Telefone: () Assinatura e carimbo do médico Data Observações: O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento. Este Termo **será preenchido em duas vias**: uma será arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e a outra será entregue ao paciente.



Cadastro de Usuários

CPF _____ RG _____ UF _____ Cartão SUS _____

Nome do Usuário _____

Endereço _____

CEP _____ Município _____ UF _____

Data de Nascimento _____ Sexo Masculino Feminino

Telefones _____ Celular _____

Transplantado Sim Não Ignorado

Data do Transplante _____ Orgão Transplantado _____

Dados preenchidos pelo Médico Assistente

CPF do Médico Assistente _____

Início do tratamento _____

1º CID Secundário _____ Nome do CID _____

2º CID Secundário _____ Nome do CID _____

3º CID Secundário _____ Nome do CID _____

Observação

Cadastro de Responsável

Nome do Responsável _____

CPF _____ RG _____ UF _____ Data de Nascimento _____

Cartão SUS _____ Sexo Masculino Feminino

Endereço _____

CEP _____ País _____ UF _____

Município _____

Telefones _____ Celular _____

E-mail _____

Local

Data

Assinatura do usuário ou representante



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

1	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
2				
3				
4				
5				

9- CID-10*

--	--	--	--	--	--

 10- Diagnóstico _____

11- Anamnese* _____

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

SIM. Relatar: _____

NÃO

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* _____

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 16- Data da solicitação*

--	--	--

17- Assinatura e carimbo do médico* _____

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 Amarela

Preta Indígena. Informar Etnia: _____

Parda Sem informação

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* _____

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO