

**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* <b>8734585</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>Clínica Primeira Instância</b>				
3- Nome completo do Paciente* <b>Clarice Lispector</b>				5- Peso do paciente* <b>80kg</b> kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>Páscoa Lispector</b>				6- Altura do paciente* <b>160</b> cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês		
		1	Morfina 240mg	91	92	93
		2				
		3				
		4				
9- CID-10* <b>R52.1</b>		10- Diagnóstico <b>Esquizofrenia indiferenciada paranóide</b>				
11- Anamnese* <b>Dor crônica intratável</b>						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*						
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento <div style="text-align: right;"><b>Pintassilgo Dumont Lispector</b> Nome do responsável</div>						
14- Nome do médico solicitante* <b>Lucas Amorim Vieira de Barros</b>				17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <b>980016293604585</b>		16- Data da solicitação* <b>13/05/19</b>				

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*		20- Telefone(s) para contato do paciente
<input type="checkbox"/> Branca <input checked="" type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação		
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <b>20384092309</b>		
22- Correio eletrônico do paciente		

**Receita de Controle Especial**  
*1ª Via – Retenção da Farmácia*

**Nome:** Clarice Lispector

**Endereço:** Rua Gávea Estrelada 1001

Morfina 240mg

91

Tomar 1cp 4/4 horas com leite.

13/05/19

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	Órgão Emissor:
Identidade:	
Endereço:	UF:
Cidade:	
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

Clinica Primeira Instância

Rua dos Alopados Estuprados, 343

011 98393-93839 Caranguatatuba

09873-030 Atundalância

**Receita de Controle Especial**  
*2ª Via – Orientação do paciente*

**Nome:** Clarice Lispector

**Endereço:** Rua Gávea Estrelada 1001

Morfina 240mg

91

Tomar 1cp 4/4 horas com leite.

13/05/19

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	Órgão Emissor:
Identidade:	
Endereço:	UF:
Cidade:	
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

Clinica Primeira Instância

Rua dos Alopados Estuprados, 343

011 98393-93839 Caranguatatuba

09873-030 Atundalância

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** Clarice Lispector

**Endereço:** Rua Gávea Estrelada 1001

Morfina 240mg

92

X

13/06/19

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	
	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

Clinica Primeira Instância

Rua dos Alopados Estuprados, 343

011 98393-93839 Caranguatatuba

09873-030 Atundalância

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** Clarice Lispector

**Endereço:** Rua Gávea Estrelada 1001

Morfina 240mg

92

X

13/06/19

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	
	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

Clinica Primeira Instância

Rua dos Alopados Estuprados, 343

011 98393-93839 Caranguatatuba

09873-030 Atundalância

**Receita de Controle Especial**  
*1ª Via – Retenção da Farmácia*

**Nome:** Clarice Lispector

**Endereço:** Rua Gávea Estrelada 1001

Morfina 240mg

93

y

13/07/10

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	Órgão Emissor:
Identidade:	
Endereço:	UF:
Cidade:	
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

Clinica Primeira Instância

Rua dos Alopados Estuprados, 343

011 98393-93839 Caranguatatuba

09873-030 Atundalância

**Receita de Controle Especial**  
*2ª Via – Orientação do paciente*

**Nome:** Clarice Lispector

**Endereço:** Rua Gávea Estrelada 1001

Morfina 240mg

93

y

13/07/10

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	Órgão Emissor:
Identidade:	
Endereço:	UF:
Cidade:	
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

Clinica Primeira Instância

Rua dos Alopados Estuprados, 343

011 98393-93839 Caranguatatuba

09873-030 Atundalância

## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE CODEÍNA, MORFINA, METADONA, GABAPENTINA

Eu, Clarice Lispector (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações, principais efeitos adversos relacionados ao uso de **codeína, morfina, metadona e gabapentina**, indicados para o tratamento da **dor crônica**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico Lucas Amorim Vieira de Barros (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes melhoras:

- alívio da dor;
- melhora da qualidade de vida.

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

- não se sabe ainda ao certo os riscos do uso de codeína, morfina, metadona e gabapentina na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- **codeína**: analgésico opioide fraco, usado para alívio da dor moderada; contraindicação - diarreia associada a colite pseudomembranosa causada por uso de cefalosporinas, lincomicina ou penicilina e diarreia causada por envenenamento e dependência de drogas (incluindo alcoolismo); efeitos adversos mais comuns - sonolência, constipação intestinal, náusea e vômitos nas primeiras doses, reações alérgicas, dificuldade de respirar, confusão mental, visão dupla ou nublada, boca seca, perda de apetite, dificuldade para urinar;
- **morfina**: analgésico opioide forte indicado para pacientes sem controle adequado da dor (em grau moderado, intenso ou muito intenso) para os quais a dose pode ser aumentada gradativamente, de acordo com a necessidade; contraindicações - gravidez, insuficiência respiratória, hipertensão intracraniana, insuficiência renal e hepática; efeitos adversos mais relatados - sedação (pode durar de 3 a 5 dias, melhorando a partir de então), náusea e vômitos, dificuldade de respirar (pacientes com câncer desenvolvem rápida tolerância); constipação intestinal; confusão mental (pode ocorrer nos primeiros dias de tratamento) e retenção urinária; efeitos colaterais menos frequentes - fraqueza, dor de cabeça, insônia, perda de apetite, boca seca, coceira, batimentos acelerados do coração;
- **metadona**: analgésico opioide sintético de alta potência, indicado como alternativa nos casos de dor intensa, de difícil tratamento; contraindicação - insuficiência respiratória grave; efeitos adversos mais relatados - dificuldade para respirar, delírio, tontura, náusea e vômitos, suor excessivo; efeitos adversos menos frequentes - fraqueza, dor de cabeça, euforia, insônia, boca seca, perda de apetite, constipação, batimentos acelerados do coração, dificuldade para urinar;
- **gabapentina**: antiepilético indicado para pacientes que apresentarem dor neuropática; efeitos adversos - diminuição das células brancas do sangue, constipação, secura na boca, náuseas e vômitos, tontura, sonolência, cansaço, depressão, confusão, nervosismo, descoordenação, amnésia, ganho de peso, visão turva ou dupla, coceira na pele, rinite, bronquite, faringite, tosse e infecções respiratórias, edema periférico, febre.

O uso de qualquer dos opioides requer maiores precauções e cuidados em grávidas, em pacientes que estão amamentando, em idosos e em crianças.

As habilidades motoras e a capacidade física necessárias para o desempenho de tarefas potencialmente perigosas, como conduzir veículos ou operar máquinas, podem ficar comprometidas.

Quando não forem possíveis a prevenção e o tratamento dos efeitos colaterais, o medicamento deverá ser suspenso, em conformidade com a decisão médica.

Os analgésicos opioides não causam dependência facilmente; não causam depressão respiratória clinicamente significativa em pacientes com câncer, mesmo com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); não aceleram a morte nem deixam o paciente alheio ao ambiente em que está inserido.

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 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 de um dos seguintes medicamentos:

( ) codeína

(X) morfina

( ) metadona

( ) gabapentina

Local: Caranguatatuba		Data: 13/05/19	
Nome do paciente: Clarice Lispector			
Cartão Nacional de Saúde: 980013241324324			
Nome do responsável legal: Pintassilgo Dumont Lispector			
Documento de identificação do responsável legal:			
Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico responsável: Lucas Amorim Vieira de Barros		CRM 150494	UF:
Assinatura e carimbo do médico			
Data: 13/05/19			

**Observação:** Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

**ESCALA DE DOR LANNS**  
**(ADAPTADA AO PORTUGUÊS DO BRASIL POR SCHESTATSKY ET AL., 2011) (6)**

Nome: Clarice Lispector Data: 13/05/19

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudá-lo na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

**A. QUESTIONÁRIO DE DOR**

- Pense na dor que você vem sentindo na última semana.  
- Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor. Responda apenas SIM ou NÃO.

1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como “agulhadas”, “choques elétricos” e “formigamento” são as que melhor descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se parece com isso.....[0]

b) SIM – Eu tenho este tipo de sensação com frequência.....[5]

2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como “manchada” ou “avermelhada ou rosada” descrevem a aparência da sua pele.

a) NÃO – Minha dor não afeta a cor da minha pele.....[0]

b) SIM – Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor. ....[5]

3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? [A ocorrência de] Sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.-

a) NÃO – Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível.....[0]

b) SIM – Minha pele é mais sensível ao toque nesta área.....[3]

4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como “choques elétricos”, “dor em pontada” ou “dor explosiva” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se comporta desta forma .....[0]

b) SIM – Eu tenho estas sensações com muita frequência.....[2]

5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como “calor” e “queimação” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Eu não tenho este tipo de sensação.....[0]

b) SIM – Eu tenho estas sensações com frequência.....[1]

**B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico)**

A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contra-lateral ou nas áreas adjacentes não doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).



#### 6) ALODINIA

Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo “picada” ou “latejante”) forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

- a) NÃO – Sensação normal em ambas as áreas.....[0]  
b) SIM – Alodinia somente na área dolorida.....[5]

#### 7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA

a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 (cor azul) conectada a uma seringa de 2 ml – sem a parte interna – suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas.

b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, “nenhuma sensação” ou “somente sensação de toque” (LSA aumentado) ou “dor muito intensa” (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.

c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

- a) NÃO – Sensação igual em ambas as áreas.....[0]  
b) SIM – Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido.....[3]

#### ESCORE:

Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um escore global.

ESCORE TOTAL (máximo 24) ..... 24

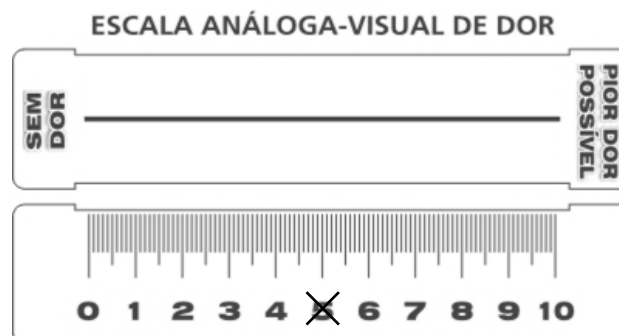
Se o escore for inferior a 12, [são improváveis de] estejam contribuindo para a dor do paciente.

Se o escore for igual ou superior a 12, provavelmente mecanismos neuropáticos estejam contribuindo para a dor do paciente.

Assinatura e carimbo do médico

Data: 13/05/19

#### Escala EVA



Assinatura e carimbo do médico

Data: 13/05/19



## *Solicitação de exames*

Nome do paciente: Clarice Lispector

13/05/19

Clínica Primeira Instância

Rua dos Alopados Estuprados, 343

011 98393-93839      Caranguatatuba

09873-030      Afundalância