

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* 8734585		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Clínica Primeira Instância				
3- Nome completo do Paciente* Clarice Lispector		5- Peso do paciente* 80kg kg				
4- Nome da Mãe do Paciente* Páscoa Lispector		6- Altura do paciente* 160 cm				
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês		
		1	abatacepte 240mg	91	92	93
		2				
		3				
		4				
9- CID-10* M05.0		10- Diagnóstico Esquizofrenia indiferenciada paranóide				
11- Anamnese* Dor crônica intratável						
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;">Pintassilgo Dumont Lispector Nome do responsável</div>						
14- Nome do médico solicitante* Lucas Amorim Vieira de Barros		17- Assinatura e carimbo do médico*				
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585		16- Data da solicitação* 13/05/19				

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 type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input checked="" type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <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 20384092309			
22- Correio eletrônico do paciente			

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Clarice Lispector

Endereço: Rua Gávea Estrelada 1001

abatacepte 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 Afundalância

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Clarice Lispector

Endereço: Rua Gávea Estrelada 1001

abatacepte 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 Afundalância

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Clarice Lispector

Endereço: Rua Gávea Estrelada 1001

abatacepte 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 Afundalância

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Clarice Lispector

Endereço: Rua Gávea Estrelada 1001

abatacepte 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 Afundalância

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Clarice Lispector

Endereço: Rua Gávea Estrelada 1001

abatacepte 240mg

93

Y

13/07/10

<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 Afundalância

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Clarice Lispector

Endereço: Rua Gávea Estrelada 1001

abatacepte 240mg

93

Y

13/07/10

<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 Afundalância

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

NAPROXENO, CLOROQUINA, HIDROXICLOROQUINA, SULFASSALAZINA, METOTREXATO, AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, LEFLUNOMIDA, METILPREDNISOLONA, ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE PEGOL, ETANERCEPTE, INFILIXIMABE, GOLIMUMABE, ABATACEPTE, RITUXIMABE, TOCILIZUMABE

Eu, Clarice Lispector (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **naproxeno, cloroquina, hidroxicloroquina, sulfassalazina, metotrexato, azatioprina, ciclosporina, leflunomida, metilprednisolona, adalimumabe, certolizumabe pegol, etanercepte, infliximabe, golimumabe, abatacepte, rituximabe e tocilizumabe**, indicados para o tratamento da **artrite reumatoide**.

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

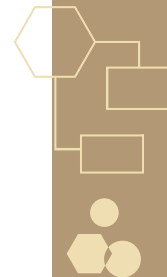
Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis. Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer os seguintes benefícios:

- prevenção das complicações da doença;
- controle da atividade da doença;
- melhora da capacidade de realizar atividades funcionais;
- melhora da qualidade de vida.

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

- os riscos na gestação e na amamentação já são conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- medicamentos classificados na gestação como categoria B (estudos em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; risco para o bebê muito improvável): infliximabe, etanercepte, adalimumabe, golimumabe, certolizumabe pegol e sulfassalazina (no primeiro trimestre);
- medicamentos classificados 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 do que os riscos): cloroquina, hidroxicloroquina, ciclosporina, metilprednisolona, abatacepte, rituximabe e tocilizumabe;
- medicamento classificado na gestação como categoria D (há evidências de riscos ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos) sulfassalazina (no terceiro trimestre) e azatioprina;
- medicamentos classificados na gestação como categoria X (estudos em animais ou em humanos claramente mostraram risco para o bebê que suplantam quaisquer potenciais benefícios, sendo contraindicados na gestação): leflunomida e metotrexato;
- **efeitos adversos do naproxeno:** dor abdominal, sede, constipação, diarreia, dispneia, náuseas, estomatite, azia, sonolência, vertigens, enxaquecas, tontura, erupções cutâneas, prurido, sudorese, ocorrência de distúrbios auditivos e visuais, palpitações, edemas, dispesia e púrpura;
- **efeitos adversos da azatioprina:** diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, problemas no fígado, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, perda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos (retinopatia), falta de ar, pressão baixa;

- **efeitos adversos de cloroquina e hidroxicloroquina:** distúrbios visuais com visão borrada e fotofobia, edema macular, pigmentação anormal, retinopatia, atrofia do disco óptico, escotomas, diminuição da acuidade visual e nistagmo; outras reações: problemas emocionais, dores de cabeça, tonturas, movimentos involuntários, cansaço, branqueamento e queda de cabelos, mudanças da cor da pele e alergias leves a graves, náuseas, vômitos, perda de apetite, desconforto abdominal, diarreia, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), parada na produção de células brancas pela medula óssea (agranulocitose), diminuição de células brancas do sangue e de plaquetas, destruição das células do sangue (hemólise); reações raras: miopatia, paralisia, zumbido e surdez;
- **efeitos adversos da sulfassalazina:** dores de cabeça, aumento da sensibilidade aos raios solares, alergias de pele graves, dores abdominais, náuseas, vômitos, perda de apetite, diarreia, hepatite, dificuldade para engolir, diminuição do número dos glóbulos brancos no sangue, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), anemia por destruição aumentada dos glóbulos vermelhos do sangue (anemia hemolítica), diminuição do número de plaquetas no sangue, falta de ar associada a tosse e febre (pneumonite intersticial), dores articulares, cansaço e reações alérgicas;
- **efeitos adversos da ciclosporina:** disfunção renal, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, hipertrofia gengival, aumento dos níveis de colesterol e triglicerídios, formigamentos, dor no peito, infarto do miocárdio, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náusea, vômitos, perda de apetite, gastrite, úlcera péptica, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, hemorragias, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, síndrome hemolítico-urêmica, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, hiperpotassemia, hipomagnesemia, hiperuricemia, toxicidade para os músculos, disfunção respiratória, sensibilidade aumentada a temperatura e reações alérgicas, toxicidade renal e hepática e ginecomastia;
- **efeitos adversos da metiprednisolona:** retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, problema nos ossos (osteoporose), problemas de estômago (úlceras), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação, e manifestação de diabetes melito;
- **efeitos adversos do metotrexato:** convulsões, encefalopatia, febre, calafrios, sonolência, queda de cabelo, espinhas, furúnculos, alergias de pele leves a graves, sensibilidade à luz, alterações da pigmentação da pele e de mucosas, náuseas, vômitos, perda de apetite, inflamação da boca, úlceras de trato gastrointestinal, hepatite, cirrose e necrose hepática, diminuição das células brancas do sangue e das plaquetas, insuficiência renal, fibrose pulmonar e diminuição das defesas imunológicas do organismo com ocorrência de infecções;
- **efeitos adversos da leflunomida:** pressão alta, dor no peito, palpitações, aumento do número de batimentos do coração, vasculite, varizes, edema, infecções respiratórias, sangramento nasal, diarreia, hepatite, náuseas, vômitos, perda de apetite, gastrite, gastroenterite, dor abdominal, azia, gases, ulcerações na boca, pedra na vesícula, prisão de ventre, desconforto abdominal, sangramento nas fezes, candidíase oral, aumento das glândulas salivares, boca seca, alterações dentárias, distúrbios do paladar, infecções do trato geniturinário, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, tonturas, febre, sonolência, distúrbios do sono, formigamentos, alteração da cor e queda de cabelo, alergias de pele, coceira, pele seca, espinhas, hematomas, alterações das unhas, alterações da cor da pele, úlceras de pele, hipopotassemia, diabetes melito, hiperlipidemia, hipertireoidismo, desordens menstruais, dores pelo corpo, alteração da visão, anemia, infecções e alteração da voz;
- **efeitos adversos de adalimumabe, etanercepte, infliximabe, certolizumabe pegol e golimumabe:** reações no local da aplicação da injeção como dor e coceiras, dor de cabeça, tosse, náuseas, vômitos, febre, cansaço, alteração na pressão arterial; reações mais graves: infecções oportunistas fúngicas e bacterianas do trato respiratório superior, como faringite, rinite, laringite, tuberculose, histoplasmose, aspergilose e nocardiose, podendo, em casos raros, ser fatal;
- **efeitos adversos de abatacepte e rituximabe:** reações no local da aplicação da injeção ou reações alérgicas durante ou após a infusão, dor de cabeça, nasofaringite, enjoos e risco aumentado a uma variedade de infecções, como herpes-zóster, infecção urinária, gripe, pneumonia, bronquite e infecção localizada. A tuberculose pode ser reativada ou iniciada com o uso do medicamento e aumento de risco para alguns tipos de câncer (abatacepte). O vírus da hepatite B pode ser reativado (rituximabe);



- **efeitos adversos do tocilizumabe:** reações no local da aplicação da injeção e durante a infusão, alergias, coceira, urticária, dor de cabeça, tonturas, aumento da pressão sanguínea, tosse, falta de ar, feridas na boca, aftas, dor abdominal e risco aumentado a uma variedade de infecções, como infecções de vias aéreas superiores, celulite, herpes simples e herpes-zóster, alterações nos exames laboratoriais (aumento das enzimas do fígado, bilirrubinas, aumento do colesterol e triglicerídios);
- alguns medicamentos biológicos aumentam o risco de tuberculose, devendo ser realizada antes do início do tratamento pesquisa de infecção ativa ou de tuberculose latente, para tratamento apropriado;
- medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula;
- o risco de ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este(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 da usar o(s) medicamento(s).

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 ou mais dos seguintes medicamentos:

- () naproxeno
- () cloroquina
- () hidroxicloroquina
- () sulfassalazina
- () metotrexato
- () azatioprina
- () ciclosporina
- () leflunomida
- () metilprednisolona
- () adalimumabe
- () certolizumabe pegol
- () etanercepte
- () infliximabe
- () golimumabe
- (X) abatacepte
- () rituximabe
- () tocilizumabe



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:		
<div style="text-align: center;"> <hr/> Assinatura do paciente ou do responsável legal </div>		
Médico responsável Lucas Amorim Vieira de Barros	CRM 150494	UF:
<div style="text-align: center;"> <hr/> Assinatura e carimbo do médico Data: 13/05/19 </div>		

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

Nota 1: A administração intravenosa de metilprednisolona é compatível com o procedimento 03.03.02.001-6 - Pulsoterapia I (por aplicação), da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS.

Nota 2: A administração intravenosa de ciclofosfamida é compatível com o procedimento 03.03.02.002-4 - Pulsoterapia II (por aplicação), da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS.

Nota 3: A administração intra-articular de metilprednisolona é compatível com o procedimento 03.03.09.003-0 - Infiltração de substâncias em cavidade sinovial, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: *Clarice Lispector*

CNS: 980013241324324

Telefone: 021 5555-5555

INDICAÇÃO DE MMCD BIOLÓGICO, conforme Nota Técnica CAF nº 04, de 23 de julho de 2018

CID-10: () Artrite reumatoide (M050.0, M05.3, M05.8, M06.0, M.06.8) () Artrite reumatoide juvenil (M.08.0)

Etapa do tratamento:

() 2ª etapa / Fase 03

Esquemas terapêuticos com MMCD sintéticos utilizados na 1ª etapa do tratamento (medicamentos e período de uso):

Fase 01: _____

Fase 02: _____

() 3ª etapa / Fase 04

Esquema terapêutico com MMCD biológico utilizado na 2ª etapa do tratamento (medicamentos e período de uso):

MMCD biológico solicitado no LME:

- () abatacepte 250 mg injetável – frasco-ampola (utilização por via intravenosa)
() etanercepte 50 mg – seringa preenchida / etanercepte 25 mg – frasco-ampola
() golimumabe 50 mg injetável – seringa preenchida
() rituximabe 500 mg injetável – frasco-ampola de 50mL
() tocilizumabe 20 mg/ml injetável – frasco-ampola de 4mL
() abatacepte 125 mg injetável – seringa preenchida (utilização por via subcutânea)

JUSTIFICATIVA DA IMPOSSIBILIDADE DE PRESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE MELHOR RELAÇÃO CUSTO-MINIMIZAÇÃO

Preencher todos os campos que antecedem o medicamento biológico solicitado no LME

Medicamento (em ordem crescente, iniciando pela melhor relação custo- minimização)	Uso anterior do medicamento?	
certolizumabe pegol 200 mg/mL injetável – seringa preenchida	() Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: () Eventos adversos () Falha terapêutica	() Não. Devido à: () Contraindicação () Especificidades clínicas ou farmacológicas
	Justifique: _____	
adalimumabe 40 mg injetável – seringa preenchida	() Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: () Eventos adversos () Falha terapêutica	() Não. Devido à: () Contraindicação () Especificidades clínicas ou farmacológicas
	Justifique: _____	
infliximabe 10 mg/mL injetável – frasco-ampola com 10mL	() Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: () Eventos adversos () Falha terapêutica	() Não. Devido à: () Contraindicação () Especificidades clínicas ou farmacológicas
	Justifique: _____	
abatacepte 250 mg injetável – frasco-ampola (utilização por via intravenosa)	() Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: () Eventos adversos () Falha terapêutica	() Não. Devido à: () Contraindicação () Especificidades clínicas ou farmacológicas
	Justifique: _____	
etanercepte 50 mg – seringa preenchida / etanercepte 25 mg – frasco-ampola	() Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: () Eventos adversos () Falha terapêutica	() Não. Devido à: () Contraindicação () Especificidades clínicas ou farmacológicas
	Justifique: _____	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

JUSTIFICATIVA DA IMPOSSIBILIDADE DE PRESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE MELHOR RELAÇÃO CUSTO-MINIMIZAÇÃO

Preencher todos os campos que antecedem o medicamento biológico solicitado no LME

Medicamento (em ordem crescente, iniciando pela melhor relação custo- minimização)	Uso anterior do medicamento?	
golimumabe 50 mg injetável – seringa preenchida	() Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: () Eventos adversos () Falha terapêutica	() Não. Devido à: () Contraindicação () Especificidades clínicas ou farmacológicas
Justifique:		
rituximabe 500 mg injetável – frasco-ampola de 50mL	() Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: () Eventos adversos () Falha terapêutica	() Não. Devido à: () Contraindicação () Especificidades clínicas ou farmacológicas
Justifique:		
tocilizumabe 20 mg/ml injetável – frasco-ampola de 4mL	() Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: () Eventos adversos () Falha terapêutica	() Não. Devido à: () Contraindicação () Especificidades clínicas ou farmacológicas
Justifique:		
abatacepte 125 mg injetável – seringa preenchida (utilização por via subcutânea)	() Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: () Eventos adversos () Falha terapêutica	() Não. Devido à: () Contraindicação () Especificidades clínicas ou farmacológicas
Justifique:		
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO PRESCRITOR		
Nome: <i>Lucas Amorim Vieira de Barros</i>		
CRM: <i>150494</i>	Telefone: <i>011 98393-93839</i>	
Assinatura:	Data: <i>13/05/19</i>	

Solicitação de exames

Nome do paciente: Clarice Lispector

['Hemograma', 'TGO', 'TGP', 'VHS', 'HbsAg', 'Anti-HCV', 'Fator reumatóide',
'Prova de Mantoux - PPD']

13/05/19

Clínica Primeira Instância

Rua dos Aloprados Estuprados, 343

011 98393-93839 Caranguatatuba

09873-030 Afundalância