



Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde
Diretoria de Ciclos de Vida



Coordenação do Programa de Atendimento ao Paciente Asmático do
DF

RECEITA DE AVALIAÇÃO

Salmeterol/ Fluticasona Spray 25/125 mcg (120 doses) _____ frasco(s)/mês

Inalar _____ jatos _____ vez(es) ao dia por 3 meses. Lavar boca após.

RELATÓRIO

Relato junto à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) que o/a paciente _____, _____ anos está em acompanhamento clínico no ambulatório de _____ do _____ (registro _____) sendo portador de ASMA (CID 10- J 45). O referido paciente necessita desta medicação por 90 (noventa) dias, por apresentar pelo menos um dos critérios de inclusão:

- 1- () Asma não controlada ou parcialmente controlada em crianças na faixa etária de 4 a 7 anos com uso de Corticóide Inalatório;
- 2- () Pacientes idosos, portadores de Doenças Psiquiátricas ou com dificuldade de entendimento da aplicação das medicações em aerolizer ou turbóhaler com Asma não controlada ou parcialmente controlada.

Ficha de avaliação para uso da Associação Salmeterol/ Fluticasona:

Nome: _____ Critério de Inclusão nº: _____

Registro: _____ Unidade de saúde: _____

Idade: _____ Sexo: () M () F Fone: _____

1- Tempo de doença: a- () < 1 ano; b- () 1 a 5 anos; c- () 6 a 10 anos; d- () > 10 anos

2- Número de crises de asma no último ano: a- () 0 a 3 b- () 4 a 7 c- () 8 a 11 d- () > 11

3- Atendimento no PS no último ano: a- () nenhum b- () 1 a 3 c- () 4 a 7 d- () 8 a 11 e- () > 11

4- Internação no último ano: a- () nenhuma b- () 1 c- () 2 d- () 3 e- () ≥ 4

5- Falta escolar/trabalho no último ano: a- () 0 b- () 1 a 10 c- () 11 a 20 d- () > 20 e- () NA

Classificação da Gravidade da Asma

	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
6- Sintomas	a- () Raros	b- () Semanais	c- () Diários	d- () Diários ou contínuos
7- Despertares noturnos	a- () Raros	b- () Mensais	c- () Semanais	d- () Quase diários
8- Necessidade de β_2 para alívio	a- () Rara	b- () Eventual	c- () Diária	d- () Diária
9- Limitação de atividades	a- () Nenhuma	b- () Nas crises	c- () Nas crises	d- () Contínua
10- Exacerbações	a- () Raras	b- () Afeta atividade e sono	c- () Afeta atividades e sono	d- () Frequentes
11- PFE ou VEF1	a- () ≥ 80% predito	b- () ≥ 80% predito	c- () 60 e 80% predito	d- () ≤ 60% predito

IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma 2006

12- O estado da doença atualmente interfere no seu dia-a-dia a- () Muito b- () Pouco c- () Nada

Brasília/DF, _____ de _____ de _____

Carimbar e assinar o médico prescritor



Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde
Diretoria de Ciclos de Vida
Coordenação do Programa de Atendimento ao Paciente Asmático do
DF



RECEITA DE AVALIAÇÃO

Salmeterol/ Fluticasona Spray 25/125 mcg (120 doses) _____frasco(s)/mês

Inalar _____jatos _____vez(es) ao dia por 3 meses. Lavar boca após.

RELATÓRIO

Relato junto à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) que o/a paciente _____, _____ anos está em acompanhamento clínico no ambulatório de _____ do _____ (registro _____) sendo portador de ASMA (CID 10- J 45). O referido paciente necessita desta medicação por 90 (noventa) dias, por apresentar pelo menos um dos critérios de inclusão:

- 1- () Asma não controlada ou parcialmente controlada em crianças na faixa etária de 4 a 7 anos com uso de Corticóide Inalatório;
- 2- () Pacientes idosos, portadores de Doenças Psiquiátricas ou com dificuldade de entendimento da aplicação das medicações em aerolizer ou turbóhaler com Asma não controlada ou parcialmente controlada.

Ficha de avaliação para uso da Associação Salmeterol/ Fluticasona:

Nome: _____ Critério de Inclusão nº: _____

Registro: _____ Unidade de saúde: _____

Idade: _____ Sexo: () M () F Fone: _____

1-Tempo de doença: a-() < 1 ano; b-() 1 a 5 anos; c-() 6 a 10 anos; d-() > 10 anos

2- Número de crises de asma no último ano: a-() 0 a 3 b-() 4 a 7 c-() 8 a 11 d-() > 11

3- Atendimento no PS no último ano: a-() nenhum b-() 1 a 3 c-() 4 a 7 d-() 8 a 11 e-() > 11

4- Internação no último ano: a-() nenhuma b-() 1 c-() 2 d-() 3 e-() ≥ 4

5-Falta escolar/trabalho no último ano: a-() 0 b-() 1 a 10 c-() 11 a 20 d-() > 20 e-() NA

Classificação da Gravidade da Asma

	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
6- Sintomas	a-() Raros	b-() Semanais	c-() Diários	d-() Diários ou contínuos
7-Despertares noturnos	a-() Raros	b-() Mensais	c-() Semanais	d-() Quase diários
8- Necessidade de β_2 para alívio	a-() Rara	b-() Eventual	c-() Diária	d-() Diária
9-Limitação de atividades	a-() Nenhuma	b-() Nas crises	c-() Nas crises	d-() Contínua
10-Exacerbações	a-() Raras	b-() Afeta atividade e sono	c-() Afeta atividades e sono	d-() Frequentes
11-PFE ou VEF1	a-() ≥ 80% predito	b-() ≥ 80% predito	c-() 60 e 80% predito	d-() ≤ 60% predito

IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma 2006

12-O estado da doença atualmente interfere no seu dia-a-dia a-() Muito b-() Pouco c-() Nada

Brasília/DF, _____ de _____ de _____

Carimbar e assinar o médico prescritor

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade
Beclometasona, Budesonida, Fenoterol, Formoterol,
Salbutamol e Salmeterol

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **beclometasona, budesonida, fenoterol, formoterol, salbutamol e salmeterol**, indicados para o tratamento da asma. 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:

- controle dos sintomas;
- melhora da qualidade de vida;
- normalização ou estabilização da função pulmonar.

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

- os riscos na gravidez e na amamentação ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;

- **efeitos adversos da beclometasona e budesonida:** problemas na fala (reversíveis com a suspensão do tratamento), infecções na boca (candidíase), boca seca, alteração do paladar, irritação na garganta, tosse, infecções urinárias, inchaço, cansaço, alergias de pele, palpitação, taquicardia, dor abdominal, vertigem, tontura, ganho de peso; efeitos adversos mais raros: náuseas, vômitos, coceira, problemas na visão, agitação, depressão, insônia, faringite, sinusite, alteração do ciclo menstrual, diarreia ou constipação, febre, dores de cabeça, infecções virais, redução da velocidade do crescimento em crianças, aumento dos níveis de glicose no sangue, reações de hipersensibilidade, sangramento anal e osteoporose (em caso de tratamento longo);


- **efeitos adversos do fenoterol, formoterol, salbutamol e salmeterol:** ansiedade, agitação, insônia, náuseas, vômitos, dores abdominais, prisão de ventre, tonturas, dores de cabeça, diminuição dos níveis de potássio no sangue, tremores, palpitações, tosse, respiração curta, alergias de pele, alteração do paladar, secura da boca, dor muscular, reações alérgicas de pele, problemas no coração, aumento ou diminuição intensa da pressão arterial, inchaço dos pés e mãos, cansaço, infecções do trato respiratório, falta de ar, insônia, depressão, dor de dente, alteração do ciclo menstrual e problemas de visão;

- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos. Estou ciente de que este(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) 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 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.

O meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

- ☐ beclometasona ☐ budesonida ☐ formoterol ☐ salbutamol

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: _____			

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado de 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.