

Elaboração: 2021	Última revisão:14/07/2021	Próxima Revisão: 07/2023	Revisão:0
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA CID 10: I50.0; I50.1 ; I50.9 PORTARIA CONJUNTA Nº 17, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2020			

Informações Gerais
Este é um guia que contém orientações sobre o medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento.

Medicamentos CEAF	Medicamentos Componente Básico –Município	
INIBIDORES DA NEPRILISINA E DOS RECEPTORES DA ANGIOTENSINA	DIGITÁLICOS Digoxina	ARA II Losartana potássica
Sacubitril + valsartana - 49 mg + 51 mg, comp. revestido	BETABLOQUEADORES Carvedilol	IECA Maleato de enalapril
sacubitril + valsartana - 97 mg + 103 mg, comp. revestido	Succinato de metoprolol	Captopril
Sacubitril + valsartana - 24 mg + 26 mg, comp. revestido	HIDRALAZINA E ISOSSORBIDA Mononitrato de isossorbida Dinitrato de isossorbida Hidralazina	
	ANTAGONISTA DE ALDOSTERONA Espironolactona	

Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia)
☐ Carteira de identidade com foto (RG) ☐ Cadastro de Pessoa Física (CPF) ☐ Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência) ☐ Cartão Nacional de Saúde (CNS) ☐ Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)	
☒ Solicitação inicial ☐ LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); ☐ Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento. ☐ Laudo Médico , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico (ANEXO); ☐ Termo de Esclarecimento e Responsabilidade	☒ Renovação a cada 6 (seis) meses ☐ LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (em qualquer mudança na terapêutica informar no campo (anamnese) e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); ☐ Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento. ☐ Laudo Médico , descrevendo histórico clínico do paciente, em caso de alteração da terapêutica (ANEXO);

Exames	
☒ Solicitação inicial ☐ Dosagem de Potássio sérico (validade 3 meses); ☐ - Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (validade 3 meses); ☐ Dosagem do peptídeo natriurético do tipo B (BNP) ou da	☒ Renovação a cada 6 (seis) meses ☐ Dosagem de Potássio sérico (validade 3 meses); ☐ Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina

porção n-terminal do peptídeo natriurético tio B (NT-ProBNP) (validade 12 meses; () Cópia de laudo de Ecocardiograma transtorácico (validade 12 meses);	
O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Em caso de ausência de algum exame, justificar para que seja avaliado.	

Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS com a especializada **CARDIOLOGIA**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e credenciadas à **Farmácia de Pernambuco**.

Observações:

1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia.
2. Quando de **RENOVAÇÃO DA LME**, se não houver alteração do tipo, dose e orientação de uso da medicação, médicos de outras especialidades que não a(s) citada(s) acima poderão fazer o preenchimento para dispensação (embora sempre deverão preencher o item de anamnese – o campo que deverá conter um relatório sucinto – da condição clínica do paciente.
3. No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista.

Para receber os medicamentos

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a Farmácia de Pernambuco na data agendada para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Observações

- A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico.
- Para acesso a Portaria integral acesse: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
- Para acesso a Normas Técnicas Estaduais acesse: <http://www.farmacia.pe.gov.br/normas-tecnicas>

RELATÓRIO MÉDICO PARA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE SACUBITRIL/VALSARTANA PARA TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA

1. Nome do Paciente _____

1. TRATAMENTO(S) PRÉVIO(S) (MEDICAMENTOS UTILIZADOS E DOSES MÁXIMAS TOLERADAS):

Nome Genérico	Dose	Início	Fim	Motivo de Suspensão

2. RELATO DOS SINTOMAS PRESENTES

CLASSIFICAÇÃO NYHA

() CLASSE NYHA I: Sem limitações para realização de atividade física. Atividades habituais não causam dispneia, cansaço e palpitações;

() CLASSE NYHA II: Discreta limitação para realização de atividade física. Atividades habituais causam dispneia, cansaço e palpitações;

() CLASSE NYHA III: Importante limitação para realização de atividade física. Atividades de intensidades inferiores causam dispneia, cansaço e palpitações;

() CLASSE NYHA IV: Limitações para realização de qualquer atividade física. Sintomas de IC em repouso.

PA: ____mmHg FRAÇÃO DE EJEÇÃO: ____%

ANEXAR CÓPIA DO ECOCARDIOGRAMA

Médico Solicitante: _____ CRM: _____ Data: _____

Assinatura e Carimbo

Eu, _____ (nome do (a) paciente), abaixo identificado (a) e firmado (a), declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de SACUBITRIL + VALSARTANA, indicadas para o tratamento da INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA. Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve). Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer os seguintes benefícios: - melhora dos sintomas e redução das complicações; Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos: Contra-indicações: • Hipersensibilidade ao princípio ativo, a sacubitril, a valsartana ou a qualquer um dos excipientes; • Uso concomitante com inibidores da ECA. O medicamento não deve ser administrado em até 36 horas após a descontinuação da terapia com inibidor da ECA; • História conhecida de angioedema relacionado a terapia anterior com inibidor da ECA ou BR A; • Angioedema hereditário ou idiopático • Uso concomitante com alisquireno em pacientes com diabetes Tipo 2 • Insuficiência hepática grave, cirrose biliar e colestase • Gravidez. As reações adversas mais comuns reportadas durante o tratamento com Sacubitril + Valsartana são: - Hipotensão, hipercalemia, e função renal comprometida. - Angioedema. - Anemia, Hipocalemia, Hipoglicemia, Tontura, Cefaléia, Síncope, Vertigem, Tosse, diarreia, náusea, gastrite, fadiga. Estou ciente de que o(s) medicamento(s) deve(m) ser utilizado(s) somente 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 se desistir de 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 do seguinte medicamento: () Sacubitril + Valsartana

Local:	Data:	
Nome do Paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
Assinatura do paciente ou responsável legal		
Nome do Médico:	CRM:	UF:
Assinatura e carimbo médico		
Data:		

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 ficará arquivada na farmácia e a outra será entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

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

7- Medicamento(s)*

8- Quantidade solicitada*

1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês

	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1						
2						
3						
4						
5						
6						

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*

17- Assinatura e carimbo do médico*

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

16- Data da solicitação*

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante
☐ Outro, informar nome: _____ e CPF _____

☐ Branca

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

☐ Preta

☐ Amarela

☐ Parda

☐ Indígena. Informar Etnia: _____

☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

☐ CPF ou ☐ CNS

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

22- Correio eletrônico do paciente

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

(Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017)

Nome Paciente: _____ CNS: _____

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e recebimento de medicamentos.

REPRESENTANTE 1*				
Nome Completo:				
Nº Doc. de Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:				
Parentesco:				
Logradouro:		Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:	
Telefones para contato:				
Email:				
REPRESENTANTE 2*				
Nome Completo:				
Nº Doc. De Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:				
Parentesco:				
Logradouro:		Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:	
Telefones para contato:				
Email:				
REPRESENTANTE 3*				
Nome Completo:				
Nº Doc. de Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:				
Parentesco:				
Logradouro:		Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:	
Telefones para contato:				
Email:				

*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

Data: ____ / ____ /20__ Assinatura do paciente: _____

Campo para digital