

## FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)



Portaria Conjunta SAS/MS nº 19 de 16 de novembro de 2021

Declaro, para os devidos fins que a (o) usuária(o)
preenche os critérios de inclusão abaixo para a utilização do
medicamento
<ol> <li>Afirmo que o(a) usuário(a) de saúde apresenta (assinalar no mínimo uma alternativa):</li> <li>( ) DPOC em ESTÁGIO II (Leve) ou II (Moderada) - sem necessidade de especialista;</li> <li>( ) DPOC em ESTÁGIO III (Grave) ou IV (Muito Grave) - somente pneumologista.</li> </ol>
<ul> <li>Usuário(a) com idade maior que quarenta anos deve anexar ESPIROMETRIA (validade 1 ano) com resultado de (assinalar o resultado correspondente a espirometria):         <ul> <li>( ) ATUALMENTE SEM TRATAMENTO = VEF1/CVF inferior a 70% E laudo apresentando Distúrbio Ventilatório Obstrutivo após o teste com broncodilatador (PÓS-BD);</li> </ul> </li> </ul>
( ) <u>ATUALMENTE COM TRATAMENTO</u> = <u>VEF1/CVF</u> inferior ou superior a 70% PÓS-BD <u>E</u> laudo da espirometria Normal <u>OU</u> apresentando <u>Distúrbio</u> <u>Ventilatório</u> <u>Obstrutivo</u> <u>OU</u> <u>Restritivo</u> <u>OU</u> Combinado/Misto <u>OU</u> Inespecífico.
3) Assinale os sinais e sintomas que o(a) usuário(a)apresenta (deve apresentar no mínimo um):
<ul><li>( ) Tosse e/ou expectoração;</li><li>( ) Dispneia (falta de ar);</li><li>( ) Sibilos (chiado no peito).</li></ul>
<ul> <li>Assinale os fatores de risco que o (a) usuário (a) apresenta (deve apresentar no mínimo um): <ol> <li>( ) Usuário(a) com idade SUPERIOR a 40 anos (Fator de risco);</li> <li>( ) Usuário(a) com idade INFERIOR a 40 anos (anexar relato de pneumologista dos sinais e sintomas e no mínimo um fator de risco e exames complementares conforme PCDT/MS);</li> <li>( ) Inalação de qualquer gás irritante e/ou material particulado ocupacional ou domiciliar (Fator de risco);</li> <li>( ) Deficiência de alfa-1-antitripsina - é necessário anexar exame (Fator de risco individual);</li> <li>( ) Tabagismo atual (Fator de risco);</li> <li>( ) Tabagista em tratamento (Fator de risco).</li> </ol> </li> </ul>
<ul> <li>5) Para solicitação de Brometo de Umeclidínio + Trifenatato de Vilanterol o (a) usuário(a) deve apresentate DPOC grave ou muito grave, sendo obrigatório assinalar UMA das opções:         <ul> <li>( ) Baixo risco Grupo B: NÃO responsivo ao uso de Formoterol ou Salmeterol 2 vezes ao dia com VEF1 &lt; 50% persistente por 12 - 24 semanas;</li> </ul> </li> </ul>
( ) Alto risco <b>Grupo C: NÃO</b> responsivo ao uso de Formoterol ou Salmeterol 2 vezes ao dia com <b>VEF1 &lt; 50% persistente</b> por 12 - 24 semanas;
( ) Alto risco <b>Grupo D: NÃO</b> responsivo ao uso de Formoterol + Budesonida e Beclometasona com <b>VEF1</b> < <b>50% persistente</b> por 6 - 10 semanas;
( ) Usuário(a) apresentou <b>PNEUMONIA</b> recente (Laudo médico em anexo).

6) Para solicitação de <b>Tiotrópio Monoidratado + Cloridrato de Olodaterol,</b> o(a) usuário(a) deve apresentar <b>DPOC grave ou muito grave</b> , sendo <b>obrigatório assinalar UMA das opções</b> :
( ) Alto risco <b>Grupo C: NÃO</b> responsivo ao uso de Formoterol ou Salmeterol 2 vezes ao dia com <b>VEF1 &lt; 50% persistente por 12 - 24 semanas</b> ;
( ) Alto risco <b>Grupo D: NÃO</b> responsivo ao uso de Formoterol + Budesonida e Beclometasona com <b>VEF1 &lt; 50% persistente por 6 - 10 semanas</b> ;
( ) Usuário(a) apresentou <b>PNEUMONIA</b> recente (Laudo médico em anexo).
* Outros sinais e sintomas, inclui <mark>ndo a duração deles:</mark>
* Terapias anteriores (Informar medic <mark>amentos):</mark>
Diretoria de Assistência
Farmacêutica
<del></del>
Assinatura e carimbo médico (a) Local e data