



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE
MEDICAMENTOS POR MEIO DO CEAF/SC
PARA O TRATAMENTO DE DISLIPIDEMIA
PORTARIA SAS/MS Nº 08 DE 30/07/2019



Declaro para os devidos fins de solicitação de medicamentos para tratamento da Dislipidemia, que o(a) paciente _____

preenche um dos critérios de inclusão:

ATORVASTATINA / PRAVASTATINA

Assinalar no mínimo uma alternativa como critério de inclusão	
1- Portador de Diabetes melito E Tabagista para homem maior que 45 anos ou mulher maior que 50 anos de idade;	
2- Portador de Diabetes melito E Hipertensão arterial sistêmica para homem maior que 45 anos ou mulher maior que 50 anos de idade;	
3- Portador de Diabetes melito para homem maior que 45 anos ou mulher maior que 50 anos de idade E História familiar em parente de primeiro grau de DAC precoce (antes dos 55 anos para homens ou, antes dos 65 anos para mulheres) ;	
4- Escore de Risco de Framingham DETALHADO com risco superior a 10% em 10 anos - Anexar Escore com resultado detalhado, datado, carimbado e assinado pelo médico;	
5- Diagnóstico DEFINITIVO de Hiperlipidemia Familiar - Anexar Formulário de Critérios Diagnósticos preenchido;	
6- Infarto agudo do miocárdio ou revascularização miocárdica prévios;	
7- Evidência de doença arterial coronariana por cineangiogramia - Anexar exame;	
8- Angina com evidência objetiva de isquemia miocárdica demonstrada por teste provocativo - Anexar exame, por exemplo: ergometria, cintilografia miocárdica ou ecocardiografia de estresse;	
9- Isquemia cerebral em exames de imagem - Anexar tomografia computadorizada ou ressonância nuclear de encéfalo;	
10-História de acidente isquêmico transitório com evidência de aterosclerose em território carotídeo à ultrassonografia ou arteriografia ou endarterectomia prévia - Anexar exame;	
11-Evidência de doença arterial periférica manifestada por claudicação intermitente ou história de revascularização.	

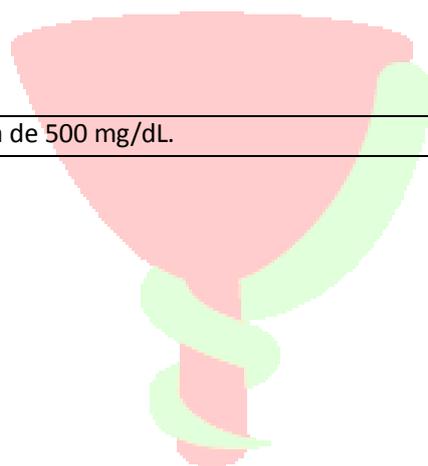
GENFIBROZILA

Assinalar uma alternativa como critério de inclusão	
1- Paciente refratário ou intolerante ao tratamento com estatinas e com triglicerídeos acima de 200mg/dL, HDL inferior a 40mg/dL, refratários a tratamento dietético por pelo menos 3 meses e com confirmação laboratorial - Anexar pelo menos 2 determinações de cada exame com 2 semanas de intervalo;	
2- Paciente refratário ou intolerante ao tratamento com estatinas e com triglicerídeos acima de 500mg/dL (objetivando prevenção de pancreatite).	

**Genfibrozila não pode ser usada em associação com estatinas pelo risco de rabdomiólise.*

BEZAFIBRATO / CIPROFIBRATO

Paciente com triglicerídeos acima de 500 mg/dL.	
---	--



DIAF
Diretoria de Assistência
Farmacêutica

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Local e data