



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



DECLARAÇÃO MÉDICA SOBRE A POSITIVIDADE OU NÃO REALIZAÇÃO DO TESTE DE MANTOUX (PPD) E IGRA

Pelo presente instrumento particular eu _____, CRM-SC _____, responsável pelo tratamento do paciente _____, CPF nº _____, declaro para fins de solicitação do medicamento _____ do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica que:

() a (o) paciente está em tratamento (há pelo menos trinta dias) para tuberculose latente ou já o completou a quimioprofilaxia para Tuberculose, devido à apresentação de exame positivo de PPD ou IGRA (deve ser anexada ao processo).

() a (o) paciente não apresenta manifestações clínicas e radiológicas características de Tuberculose. Considero em comum acordo com o paciente, que está ciente dos riscos, ser possível iniciar o tratamento com medicamentos biológicos ou inibidores de via de sinalização intracelular sem o resultado do exame de PPD ou IGRA (devido à impossibilidade de realização dos exames na rede pública de saúde) e sem a realização de tratamento para tuberculose latente.

Assinatura do (a) médico (a) prescritor (a)

Assinatura do (a) paciente

_____/_____/_____
Local e Data

Observações:

1. O exame de PPD (validade 12 meses ou se positivo, validade indeterminada) deve ser apresentado em todo início de processo para avaliação das solicitações que preconizam este exame como critério de inclusão OBRIGATÓRIO, conforme descrito nos resumos das patologias.
2. A única situação que permite a não apresentação do exame é quando ocorre a falta do mesmo na rede pública mediante a apresentação desta declaração médica.
3. Esta declaração somente terá validade quando completamente preenchida, datada e assinada.