

PROTOCOLO SIMPLIFICADO E SUGESTIVO PARA DISPENSAÇÃO DO CLOPIDOGREL 75MG

Clopidogrel é um inibidor da agregação plaquetária. Doses de 75 mg diárias inibem a agregação plaquetária em torno de 40 a 60% (USP-DI, 2004). A associação de ácido acetilsalisílico e clopidogrel está indicada para prevenção de complicações trombóticas em pacientes que utilizam *stent* coronariano (LACY et al., 2004; USP-DI, 2004). Se o paciente realizou uma revascularização por angioplastia com adição de um *Stent*, o tempo de tratamento com clopidogrel deve ser de, no máximo, um mês. Em casos de prótese com revestimento antiproliferativo ou um tratamento por braquiterapia, este tempo deve ser de, no máximo, seis meses (LEGRAND, GACH, MARTINEZ, 2003).

Critérios de Inclusão: medicamento disponibilizado pelo SUS para o tratamento ambulatorial do tromboembolismo e pós infarto agudo do miocárdio, conforme especificações do CID 10:

- I26- Embolia pulmonar;
- I74- Embolia e trombose arterial;
- I82- Outras embolias e tromboses venosas;
- I21- Infarto agudo do miocárdio.

Prescrição: A prescrição inicial deverá ser feita por cardiologista, cirurgião vascular ou hematologista.

Dispensação: Deverá ser preenchido o cadastro, disponibilizado no site DIAF, cujo autorizador deverá ser o médico da unidade de saúde local que terá validade por um ano. O cadastro deverá ser arquivado na unidade da SMS para acompanhamentos e eventuais auditorias.

Tempo sugestivo de tratamento:

- Pós infarto agudo do miocárdio e tromboembolismo:
- Stent medicamentoso – máximo de seis meses.
- Stent não-medicamentoso – máximo de um mês.

Quantidade máxima mensal: 30 comprimidos.

Referências

ANTITHROMBOTIC TRIALISTS' COLLABORATION. Collaborative meta-analysis of randomised trails of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *British medical journal*, v. 324, p.71-86, 2002.

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESPECIAIS

DADOS PREENCHIDOS PELO PACIENTE/ UNIDADE SOLICITANTE

1. Dados do Paciente

Cartão SUS*	<input type="text"/>	N.º. do Prontuário*	<input type="text"/>	
Nome completo e por extenso*	<input type="text"/>		Naturalidade	<input type="text"/>
Data de Nascimento:	<input type="text"/> (ddmmaaaa)*	Sexo*:	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	
Endereço residencial (Rua, n.º., complemento)*	<input type="text"/>			
CEP*:	<input type="text"/>	Município*:	<input type="text"/>	
Fone	<input type="text"/>	Nome da Mãe*	<input type="text"/>	
		Nome do Responsável (Autorizado para retirar o medicamento)	<input type="text"/>	

2. Dados da Unidade Solicitante

Código CNES*: Código PSF*:

DADOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO

3. Dados da Doença e do(s) Medicamento(s) Solicitado(s)

Doença*:	<input type="text"/>	CID 10*:	<input type="text"/>		
Medicamento 1 (Nome Genérico)*	<input type="text"/>	Forma Farmacêutica*	<input type="text"/>	Concentração*	<input type="text"/>
Quantidade mensal:	<input type="text"/> unidades*	Duração do tratamento:	<input type="text"/> meses*		
* Somente para o clopidrogel: Tipo de stent: <input type="checkbox"/> Medicamentoso <input type="checkbox"/> Não-medicamentoso					

4. Dados do Médico Prescritor

Nome completo e por extenso*	<input type="text"/>	CRM/SC*	<input type="text"/>
Especialidade:	<input type="text"/>		
Médico Autorizador da Unidade Local de Saúde (quando o médico prescritor for externo)			
Nome completo e por extenso	<input type="text"/>	CRM/SC	<input type="text"/>

Data*: __/__/__

*Campos de preenchimento obrigatórios