



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE ANEMIA HEMOLÍTICA
AUTOIMUNE



Portaria SAS/MS nº 27 – 26/11/2018

Declaro, para os devidos fins que o paciente* _____, apresenta os **todos** os critérios de inclusão abaixo e não apresenta critérios de exclusão.

1. Critérios de inclusão apresentados pelo paciente **(anexar exames comprobatórios)***:

- () Anemia moderada ou grave (Hb abaixo de 10 g/dl, para uso de **imunoglobulina: Hb abaixo de 7 g/dl**);
- () Teste de Coombs direto positivo;
- () Hemólise demonstrada por reticulocitose ou aumento de desidrogenase láctica ou redução da haptoglobina.

2. No diagnóstico de Anemia Hemolítica Autoimune qual **identificação do subtipo** que o paciente apresentou? **(anexar exames comprobatórios)***:

- () Anemia por anticorpos quentes (detecção do anticorpo ligado por anti-IgG ou anti-IgA);
- () Doença das aglutininas a frio - crioaglutininas (complemento ligado por anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas positiva com títulos superiores a 1:40);
- () Hemoglobinúria paroxística a frio (anticorpo ligado por anti-IgG, com teste de Donath-Landsteiner positivo).

3. Informar quais tratamentos foram utilizados previamente e o tempo de uso dos respectivos medicamentos*:

- () Corticoide - Tempo de uso: _____
- () Transfusão de sangue realizada nos últimos 30 dias - Quantas bolsas: _____
- () Esplenomegalia. Se não realizou, apresenta contra-indicação? () Sim () Não
- () Ciclofosfamida - Tempo de uso: _____
- () Ciclosporina - Tempo de uso: _____
- () Imunoglobulina Humana - Quantos ciclos já realizou e quando foi a última aplicação: _____

4. Informar quais os sintomas clínicos apresentados pelo paciente*:

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)*

Local e data*

*Campos de preenchimento OBRIGATÓRIO