



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEF/SC PARA O TRATAMENTO DE ASMA**
Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 43 de 24 de março de 2026



Declaro, para os devidos fins que o (a) paciente (nome completo): _____,
nome social (quando aplicável): _____,
preenche os critérios de inclusão para a utilização do(s) medicamento(s): _____

Preencher os critérios de inclusão item 1 OU 2 de acordo com a idade que o paciente apresenta:

1) CRITÉRIO DE INCLUSÃO PARA PACIENTE \leq 5 ANOS:

Paciente deve apresentar **os TRÊS critérios de inclusão**. Assinale os critérios que correspondem ao paciente:

- Ocorrência de pelo menos **dois** episódios agudos de sibilância nos últimos **12** meses **OU** pelo menos um episódio agudo de sibilância mais sinais/sintomas intermitentes em outro momento;
- Exclusão de outros diagnósticos como causa dos sintomas respiratórios;
- Resposta clínica oportuna pode ocorrer durante um episódio de sibilância aguda ou durante um período de teste terapêutico de **2 a 3** meses com beta2-agonista de ação curta para alívio dos sintomas (conforme necessário) **OU** com corticoide inalatório de manutenção mais beta2-agonista de ação curta (conforme necessário).

2) CRITÉRIO DE INCLUSÃO PARA PACIENTE \geq 6 ANOS:

Paciente deve apresentar **no mínimo um sinal ou sintoma** como critério de inclusão **E um teste de confirmação** da variação do fluxo aéreo expiratório. Assinale os critérios abaixo que correspondem ao paciente:

- Sibilância;
- Dispnéia;
- Tosse e/ou sensação de aperto no peito que apresentem variação ao longo do tempo e em intensidade;
- E**
- Teste positivo de responsividade ao broncodilatador (reversibilidade) com espirometria (ou PFE) - **anexar exame se possível**;
- Variação excessiva no PFE medido duas vezes ao dia, durante duas semanas - **anexar exame se possível**;
- Aumento da função pulmonar após 4 semanas de tratamento com Corticoide inalatório - **anexar exame se possível**;
- Teste de provocação brônquica positivo - **anexar exame se possível**;
- Variabilidade excessiva da função pulmonar entre consultas (boa especificidade e baixa sensibilidade) - **anexar exame se possível**.

3) PARA SOLICITAÇÃO EXCLUSIVA DE FORMOTEROL (MONOTERAPIA), ASSINALE:

- Paciente faz uso de Budesonida e necessita somente Formoterol visando associação.

Para solicitação de imunobiológicos para o tratamento da Asma preencher um dos itens abaixo (4 OU 5 OU 6 OU 7):

4) SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO OMALIZUMABE:

Pacientes com **ASMA ALÉRGICA (T2 alto) GRAVE NÃO CONTROLADA:** Assinale os critérios apresentados pelo paciente:

- Paciente com 6 anos de idade ou mais;
- Teve pelo menos, uma exacerbação grave no ano anterior com necessidade de curso de corticóide oral;
- Paciente faz uso de Omalizumabe.

Peso: _____

Nível sérico total de IgE : _____ (anexar exame - obrigatório)

5) SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO DUPILUMABE:

Pacientes com **ASMA ALÉRGICA (T2 alto) GRAVE NÃO CONTROLADA:** Assinale os critérios apresentados pelo paciente:

- Paciente com 6 anos de idade ou mais;
- Teve pelo menos, uma exacerbação grave no ano anterior com necessidade de curso de corticóide oral;
- Paciente faz uso de Dupilumabe.

Nível sérico total de IgE : _____ (anexar exame - obrigatório)

6) SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO MEPOLIZUMABE:

Pacientes com **ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE REFRATÁRIA:** Assinale os critérios apresentados pelo paciente:

- Paciente com 6 anos de idade ou mais;
- Teve pelo menos, uma exacerbação grave no ano anterior com necessidade de curso de corticóide oral;
- Contagem de eosinófilos no sangue periférico ≥ 300 células/ μL **OU**
- Contagem de eosinófilos no sangue periférico ≥ 150 células/ μL (crianças, adolescentes ou adultos em uso contínuo de corticoide oral).
- Paciente faz uso de Mepolizumabe.

Contagem de eosinófilos no sangue periférico: _____ (anexar exame - obrigatório).

7) SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO BENRALIZUMABE:

Pacientes com **ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE REFRATÁRIA:** Assinale os critérios apresentados pelo paciente:

- Paciente acima de 18 anos de idade;
- Teve pelo menos, uma exacerbação grave no ano anterior com necessidade de curso de corticóide oral;
- Contagem de eosinófilos no sangue periférico ≥ 300 células/ μL **OU**
- Contagem de eosinófilos no sangue periférico ≥ 150 células/ μL (crianças, adolescentes ou adultos em uso contínuo de corticoide oral).
- Paciente faz uso de Benralizumabe.

Contagem de eosinófilos no sangue periférico: _____ (anexar exame - obrigatório).

Assinatura e carimbo médico (a)

_____/_____/_____.
Local e data