FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO ATRAVÉS DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS PORTARIA SAS/MS N° 2.994 DE 13/12/2011

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

Declaro, para fins de solicitação do medicamento **CLOPIDOGREL,** que o(a) paciente _____
_____

( ) Sofreu IAM na data: _____/ _____/ _____

E

Apresenta o seguinte **CRITÉRIO DE INCLUSÃO (**assinalar **APENAS UM** destes abaixo descritos e, caso seja necessário, as condições a que este se aplica):

A – ( ) Infarto agudo do miocárdio **SEM** supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST);

OU

B – ( ) Infarto agudo do miocárdio **COM** supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST):

E

B.1 – ( ) Pacientes não submetidos à Intervenção Coronária Primária (com ou sem terapia fibrinolítica)

OU

B.2 – ( ) Pacientes com implante de stent (convencional ou farmacológico).

E

( ) Está em uso de clopidogrel 75mg desde _____/ _____/ _____ **E/OU**
( ) Está em uso de Ácido Acetil Salicílico **OU**
( ) Apresenta hipersensibilidade ou intolerância gastrointestinal ao Ácido Acetil Salicílico (AAS).

E

Assinalar se o(a) paciente apresenta algum(ns) dos seguintes **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO** abaixo:
( ) Hipersensibilidade ou intolerância ao clopidogrel; **E/OU**
( ) Úlcera péptica; **E/OU**
( ) Hemorragia intracraniana; **OU**
( ) O(a) paciente não apresenta nenhum dos critérios de exclusão acima.

_____

Assinatura e carimbo de médico

_____

Local e data