

Elaboração: 2016	Última revisão: 09/2023	Próxima Revisão: 09/2025	Revisão: 4
DOENÇA FALCIFORME CID 10: D57.0; D57.1; D57.2; D57.8 PORTARIA CONJUNTA Nº 05 , DE 19 DE FEVEREIRO DE 2018/ NORMA TÉCNICA 02/2022 SES-PE			

Informações Gerais Este é um guia que contém orientações sobre o medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento.
--

Medicamentos CEAF Hidroxiuréia 500 mg, cápsula; Oxidodona 10 mg, comprimido revestido de liberação prolongada; Codeína 30 mg + Paracetamol 500 mg, comprimido.
--

*Para medicamentos de Dor crônica e Sobrecarga de ferro, buscar os guias específicos de mesmo nome (no site).

Medicamentos outras esferas do SUS Município* Benzilpenicilina benzatina: pó para suspensão injetável de 600.000 UI e 1.200.000 UI;

Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia) <input type="checkbox"/> Carteira de identidade com foto (RG) <input type="checkbox"/> Cadastro de Pessoa Física (CPF) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência) <input type="checkbox"/> Cartão Nacional de Saúde (CNS) <input type="checkbox"/> Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos	
Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)	
<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial <input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); <input type="checkbox"/> Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico elucidando a evolução clínica nos últimos 12 anos; <input type="checkbox"/> Laudo médico anexo (Hidroxiuréia) <input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade	<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses <input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (em qualquer mudança na terapêutica informar no campo (anamnese) e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); <input type="checkbox"/> Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento. <input type="checkbox"/> Laudo Médico descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;

Exames	
<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial <input type="checkbox"/> Eletroforese de hemoglobina compatível com DF; <input type="checkbox"/> Hemograma completo com plaquetas; <input type="checkbox"/> Contagem de Reticulócitos; <input type="checkbox"/> Desidrogenase láctica - DHL (Facultativo); <input type="checkbox"/> B-HCG sérico (para mulheres em idade fértil) realizado até 10 dias antes da solicitação dos medicamentos ou documento de esterilização.	<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses <input type="checkbox"/> Hemograma completo com plaquetas; <input type="checkbox"/> Contagem de Reticulócitos (Apenas para Hidroxiuréia) <input type="checkbox"/> Creatinina; <input type="checkbox"/> AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética - TGO); <input type="checkbox"/> ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica - TGP) <input type="checkbox"/> B-HCG sérico (para mulheres em idade fértil) realizado até 10 dias antes da solicitação dos medicamentos ou documento de esterilização.
O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Em casos de resultado fora do especificado ou ausência de algum exame o médico deverá justificar para ser analisado. Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença.	

Serviços de Referência Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade hematologista, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Os medicamentos Oxidodona e Codeína + Paracetamol estão disponíveis apenas para solicitações dos estabelecimentos previamente cadastrados: UPAE Caruaru, UPAE Petrolina e UPAE Serra Talhada)

Observações:

1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia.

2. Quando de **RENOVAÇÃO DA LME**, se não houver alteração do tipo, dose e orientação de uso da medicação, médicos de outras especialidades que não a(s) citada(s) acima poderão fazer o preenchimento para dispensação (embora sempre deverão preencher o item de anamnese – o campo que deve conter um relatório sucinto – da condição clínica do paciente).
3. No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista.

Para receber os medicamentos

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a Farmácia de Pernambuco para entrega dos documentos e aguardar agendamento para dispensação do medicamento;

No ato da entrega o paciente ou seu representante devem realizar a conferência (identificação, apresentação farmacêutica, lote, validade e quantidade dispensada que deve está de acordo com o recibo que o mesmo assinará);

Em caso de medicamentos termolábeis (que necessitam de refrigeração) não serão dispensados sem a apresentação da caixa térmica e gelo (ou similar) suficientes para acondicionamento e período de transporte.

Observações

- A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Em caso de dúvidas que não estejam esclarecidas neste guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico.
- Para o remédio em casa, o paciente receberá a ligação e deverá concordar em receber o medicamento. Devendo permanecer no programa no mínimo 6 meses e aguardar a entrega do medicamento no período acordado (manhã ou tarde).
- Para acesso a Portaria integral acesse: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
- Para acesso a Normas Técnicas Estaduais acesse: <http://www.farmacia.pe.gov.br/normas-tecnicas>

Termo de Consentimento para tratamento de dados pessoais - Lei LGPD nº 13.709, de 14 de agosto de 2018

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o proprietário dos dados concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Ao aceitar o presente termo, o proprietário do dado consente e concorda que seus dados serão usados pela Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco para alimentar o Sistema Hórus do Ministério da Saúde para ter acesso ao seu tratamento.

Assinatura do paciente ou responsável legal

Laudo Médico (Medicamento Hidroxiuréia)

1. Nome do Paciente _____

2. Dados Clínicos - Marcar complicações abaixo nos últimos 12 meses:

- três ou mais episódios de crises vasclusivas com necessidade de atendimento médico;
- dois episódios de síndrome torácica aguda (definida como dor torácica aguda com infiltrado pulmonar novo, febre de 37,5 oC ou superior, taquipneia, sibilos pulmonares ou tosse);
- um episódio de priapismo grave ou priapismo recorrente;
- necrose isquêmica óssea;
- insuficiência renal;
- proteinúria de 24 h maior ou igual a 1 g;
- anemia grave e persistente (Hb menor que 6 g/dL em três dosagens no período de 3 meses);
- desidrogenase láctica (DHL) elevada duas vezes acima do limite superior nas crianças ou adolescentes e acima de três vezes do limite superior no adulto; - alterações no eco-Dopplertranscraniano acima de 160 e até 200 cm/s;
- retinopatia proliferativa; ou quaisquer outras situações em que haja comprovação de lesão crônica de órgão(s).

Médico Solicitante: _____ CRM: _____ Data: _____

LAUDO MÉDICO – Doença Falciforme em crise

Paciente: _____

Idade: _____ CID: _____

Paciente com histórico de doença pulmonar (Asma, DPOC, insuficiência respiratória)?

SIM **NÃO**

Medicamento	Posologia	
<input type="checkbox"/> Oxiconona (10) mg		
<input type="checkbox"/> Codeína (30mg) + Paracetamol (500mg)		
Exames	Data	Resultado
1. Hemograma		
2. TGO / TGP		
3. Gama GT		
4. Creatinina		

Assinatura e carimbo do médico

_____/_____/_____
Data

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

HIDROXIUREIA, OXICODONA, CODEÍNA + PARACETAMOL.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos hidroxureia, fenoximetilpenicilina (penicilina V), benzilpenicilinabenzatina (penicilina G), eritromicina, indicados para o tratamento da doença falciforme.

Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer os seguintes benefícios:

- desaparecimento ou diminuição dos episódios de dor; - aumento da produção de hemoglobina fetal no sangue;
- aumento, mesmo que pequeno, da concentração total da hemoglobina no sangue; - diminuição dos episódios de síndrome torácica aguda; - diminuição do número de hospitalizações; - diminuição do número de transfusões sanguíneas; - regressão ou estabilização de danos em órgãos ou tecidos; - melhora do bem-estar e da qualidade de vida e maior sobrevida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos: - Fenoximetilpenicilina e benzilpenicilinabenzatina (categoria B de risco para mulheres grávidas): os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas também não há estudos controlados em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram riscos, mas que não foram confirmados em estudos controlados em mulheres grávidas. Penicilinas atravessam rapidamente a barreira placentária. O efeito para o feto, caso exista, não é conhecido. Apesar de serem consideradas seguras, as penicilinas só devem ser prescritas para mulheres grávidas, quando estritamente necessário.

- Hidroxureia (categoria D de risco para mulheres grávidas): o uso deste medicamento só deve ser feito na gravidez e lactação após cuidadosa avaliação da relação risco-benefício, pois há evidência de risco fetal, mas a necessidade pode justificar o uso. Estes medicamentos não devem ser utilizados por mulheres grávidas sem orientação médica. Informe imediatamente seu médico em caso de suspeita de gravidez.

- A hidroxureia pode causar redução da capacidade reprodutiva de homens e mulheres;

- efeitos adversos mais frequentes da hidroxureia: diminuição do número de glóbulos brancos (leucopenia e neutropenia), de glóbulos vermelhos (anemia) e de plaquetas (trombocitopenia), cansaço, dor de cabeça, tonturas, desorientação e alucinações; perda de apetite, náusea, vômitos, diarreia, prisão de ventre e dor de estômago; elevação de enzimas hepáticas, hepatite medicamentosa, infiltrado pulmonar e fibrose pulmonar; erupções na pele, hiperpigmentação das unhas, queda de cabelos, câncer de pele, perda de função renal, elevação dos níveis sanguíneos de ureia, creatinina e ácido úrico, febre, calafrios, mal-estar;

- efeitos adversos mais frequentes fenoximetilpenicilina (penicilina V): dor de cabeça, candidíase oral, náusea, vômitos, diarreia, candidíase vaginal; erupções na pele; coceiras, inchaço, falta de ar, dor abdominal, reações anafiláticas, edema de laringe, hipotensão, vermelhidão, confusão mental, convulsões, febre, hepatite medicamentosa, problemas no intestino e nos rins, diminuição do número de glóbulos brancos (leucopenia e neutropenia), de glóbulos vermelhos (anemia) e de plaquetas (trombocitopenia).

- efeitos adversos mais frequentes da benzilpenicilinabenzatina (penicilina G): erupções na pele, febre, calafrios, coceiras, dor nas juntas, cansaço, reações anafiláticas, entre outros.

- não se sabe ainda ao certo os riscos do uso de codeína/paracetamol e oxycodona na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;

- codeína: analgésico opióide fraco, usado para alívio da dor moderada; contraindicação - diarreia associada a colite pseudomembranosa causada por uso de cefalosporinas, lincomicina ou penicilina e diarreia causada por envenenamento e dependência de drogas (incluindo alcoolismo); efeitos adversos mais comuns - sonolência, constipação intestinal, náusea e vômitos nas primeiras doses, reações alérgicas, dificuldade de respirar, confusão mental, visão dupla ou nublada, boca seca, perda de apetite, dificuldade para urinar;

- paracetamol: bloqueia a transmissão da dor a nível periférico, utilizado para alívio da dor. contraindicação - doenças hepáticas e interação com outros medicamentos com metabolismo hepático; efeitos adversos mais comuns - prurido, reação anafilática e distúrbios hematológicos.

- A associação de codeína + paracetamol é contraindicada para crianças menores de 12 anos.

- oxycodona: analgésico opióide moderado, usado para alívio da dor crônica severa. contra-indicações: risco de uso abusivo, pacientes com condições de asma brônquica ou outras condições que causem obstrução do sistema gastrointestinal. Risco de uso simultâneo com benzodiazepínicos.

- Efeitos adversos mais comuns - agitação, constipação intestinal, náusea e vômitos nas primeiras doses, prurido, dificuldade de respirar, confusão mental, boca seca e prolongação do intervalo QT.

- Contra-indicada em caso de hipersensibilidade ao fármaco ou aos componentes da fórmula, gravidez e amamentação, doença hepática de moderada a severa; problemas respiratórios, cardíacos e condições de obstrução intestinal prévias.

Estou ciente de que o(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido, inclusive se desistir de usar o(s) medicamento(s).

Também estou ciente de que o ácido fólico, medicamento complementar ao meu tratamento, pode, raramente, ser maléfico à minha função renal, além de provocar reação alérgica (febre e erupção cutânea).

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

Meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s): () hidroxureia () fenoximetilpenicilina (penicilina V) () benzilpenicilinabenzatina (penicilina G) () eritromicina () oxicodona () paracetamol + codeína

Local:	Data:	
Nome do Paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
<hr/> Assinatura do paciente ou responsável legal		
Nome do Médico:	CRM:	UF:
Assinatura e carimbo médico		
Data:	<hr/>	

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES*

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente*

5- Peso do paciente*

4- Nome da Mãe do Paciente*

6- Altura do paciente*

7- Medicamento(s)*

8- Quantidade solicitada*

	8- Quantidade solicitada*					
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1						
2						
3						
4						
5						
6						

9- CID-10*

10- Diagnóstico

11- Anamnese*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

SIM. Relatar:

NÃO

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante*

17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*

16- Data da solicitação*

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante

Outro, informar nome: _____ e CPF _____

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia: _____
 Parda Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

CPF ou CNS

22- Correio eletrônico do paciente

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

(Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017)

Nome Paciente: _____ CNS: _____

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e recebimento de medicamentos.

REPRESENTANTE 1*			
Nome Completo:			
Nº Doc. de Identidade (RG):	UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			
REPRESENTANTE 2*			
Nome Completo:			
Nº Doc. De Identidade (RG):	UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			
REPRESENTANTE 3*			
Nome Completo:			
Nº Doc. de Identidade (RG):	UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			

*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

Data: ___ / ___ /20___ Assinatura do paciente: _____



Campo para digital