



Elaboração: 2013	Última revisão: 11/2024	Próxima Revisão: 11/2026	Revisão: 04
<b>DOENÇA RENAL CRÔNICA</b> CID 10: N18.2; N18.3; N18.4; N18.5; <b>N25.0*</b> NORMA TÉCNICA SES/PE Nº 13/2013. PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 11, DE 16 DE SETEMBRO DE 2024.			

<b>Informações Gerais</b>
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.

<b>Medicamentos CEAF</b>
<b>Carbonato de cálcio</b> 1250 mg equivalente a 500 mg de cálcio elementar, cápsula ou comprimido; <b>Enalapril</b> 10mg, comprimido; <b>Dapagliflozina</b> 10mg, comprimido.
<b>*Obs: O medicamento Dapagliflozina 10 mg pertencente ao PCDT de Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica, não incluído para o CID N25.0</b>

<b>Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia)</b>
<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

<b>Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial	<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses
<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - 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"/> <b>Receita Médica</b> , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> <b>Laudo médico</b> , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; <input type="checkbox"/> <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</b>	<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - 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"/> <b>Receita Médica</b> , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento. <input type="checkbox"/> <b>Laudo médico</b> , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico, para mudança de posologia.

<b>Exames (cópias)</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial	<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses
<b>Para o Carbonato de Cálcio:</b> <input type="checkbox"/> Fósforo sérico <input type="checkbox"/> Dosagem sérica de cálcio iônico ou cálcio total + albumina sérica <input type="checkbox"/> Dosagem sérica de paratormônio (PTH) <b>Para Dapagliflozina:</b> <input type="checkbox"/> Creatinina sérica com estimativa da taxa de filtração glomerular <input type="checkbox"/> Exame que evidencie diagnóstico de DM: glicemia Não plasmática de jejum ou teste oral de tolerância à glicose (TOTG) ou hemoglobina glicada (HbA1c), ou glicemia plasmática aleatória ( <b>para diabéticos</b> ) <input type="checkbox"/> Exame creatinina urinária e albumina urinária (RAC) ( <b>para não diabéticos</b> ); <input type="checkbox"/> <b>Relatar no campo anamnese da LME, medicamentos atualmente utilizados pelo(a) paciente (IECA ou BRA).</b>	<b>Para o Carbonato de Cálcio:</b> <input type="checkbox"/> Fósforo sérico; <input type="checkbox"/> Dosagem sérica de cálcio iônico ou cálcio total + albumina sérica <input type="checkbox"/> Dosagem sérica de paratormônio (PTH)

O resultado dos exames é fundamental para uma avaliação precisa dos efeitos do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Se os resultados estiverem fora dos parâmetros estabelecidos ou se algum exame estiver ausente, o médico deverá justificar a situação para que seja devidamente analisada. Dependendo da condição clínica do paciente, o avaliador técnico poderá solicitar exames ou documentos adicionais, conforme o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde para a doença em questão.

#### Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam as especialidades que trata este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e credenciadas à **Farmácia de Pernambuco**.

#### Observações:

- 1. O diagnóstico deve ser realizado pelas especialidades correspondente a esta patologia.**
- 2. 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 deverá dirigir-se à Farmácia de Pernambuco na data agendada para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

No momento da entrega, o paciente ou seu representante deverá realizar a conferência dos seguintes itens: identificação, apresentação farmacêutica, lote, validade e quantidade dispensada, que deve estar de acordo com o recibo que será assinado

#### 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 esteja esclarecida neste guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico.
- Para o remédio em casa, o paciente recebe a ligação e deve concordar em receber o medicamento. Nesse caso deve-se permanecer no programa no mínimo 6 meses e aguardar o 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**

## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso da dapagliflozina ou Carbonato de Cálcio, indicados para o tratamento da Doença Renal Crônica, segundo critérios de elegibilidade definidos neste Protocolo. 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 medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios: - atenuar a progressão da doença renal crônica; - diminuir a necessidade de iniciar diálise; - controlar a hiperfosfatemia; - prevenção e tratamento da osteodistrofia renal. Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais eventos adversos e riscos:

- O evento adverso mais comum do medicamento dapagliflozina é a hipoglicemia. Consultas e exames durante o tratamento são necessários.
- carbonato de cálcio é contraindicado em situações de hipercalcemia, cálculos renais de cálcio, distúrbios graves do metabolismo de cálcio e fósforo e hiperparatireoidismo primário.

Todos esses medicamentos são contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

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

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

Meu tratamento constará do seguinte medicamento: ( ) dapagliflozina ( ) Carbonato de cálcio

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

Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do componente especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma ficará arquivada na farmácia e a outra será entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

## 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\*

kg

4- Nome da Mãe do Paciente\*

6- Altura do paciente\*

cm

7- Medicamento(s)\*

8- Quantidade solicitada\*

1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês

	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

CPF ou  CNS

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

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