

GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA

PCDT / CID 10: J 44.0 / J 44.1 / J 44.8

1. Medicamentos

Brometo de tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol 2,5 mcg + 2,5 mcg sol. Inal; Bromidrato de fenoterol 100 mcg sol, aerossol; Brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol 62,5 + 25 mcg pó inal; Salmeterol 50 mcg pó inal.	Budesonida 200 e 400 mcg, cápsula inalante; Budesonida 200 e 400 mcg, aerosol bucal; Formoterol 12mcg cap inal e pó inal; Formoterol 12 mcg + Budesonida 400 mcg, cápsula inalante e pó inal; Formoterol 6 mcg + Budesonida 200 mcg, cápsula inalante; pó inal.
--	---

2. Documentos a serem apresentados (original e cópia)

2.1. Documentos pessoais

Solicitação inicial

- Carteira de Identidade – RG;
- Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência);
- Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos.

2.2. Documentos a serem emitidos pelo Médico

Solicitação inicial

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização De Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- Relatório Médico**, com descrição clínica dos sinais e sintomas respiratórios, se paciente é tabagista, estágio da DPOC (Anexo), histórico clínico, terapias medicamentosas utilizadas anteriormente e o número de exacerbações moderadas a grave nos últimos 12 meses e doenças concomitantes.
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

Renovação a cada 6 (seis) meses

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização De Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- Relatório Médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico.

2.3. Exames

Solicitação inicial

- Cópia do exame de Espirometria demonstrando a relação VEF1/CVF fase pós-broncodilatador
- Índice de dispnéia do MRC; e/ou Escala de qualidade de vida – CAT.
- Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico

Renovação a cada 1 (um) ano

- Cópia do exame de Espirometria demonstrando a relação VEF1/CVF fase pós-broncodilatador

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade correspondente a patologia de que trate este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para Receber os Medicamentos

O Usuário ou seu Representante deve comparecer, na data agendada, à Farmácia de Maceió munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

5. Observações:

- Tempo do tratamento preconizado para seis meses;
- O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia;
- No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista;
- Os exames são aceitos com validade de até 90 dias de sua emissão.
- 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;
- Os documentos (LME, Receita Médica e Relatório Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
- 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. 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;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o Médico ou farmacêutico;
- Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 07/2013 e SAS/MS nº. Portaria nº. 19, de 16 de Novembro de 2021, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
- O CEAF não abre para atendimento ao público no ultimo dia útil do mês, fechado para balanço.



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
ASSESSORIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO

07:30 h às 16:30 h

Segunda à sexta

(fechado no último dia útil do mês)

CENTRAL TELEFÔNICA

3315-6109 e 3315-6110

PORTAL SESAU/LINK CEAF

<https://www.saude.al.gov.br/component-e-especializado-da-assistencia-farmaceutica/>

(todas as letras devem ser minúsculas)

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

BUDESONIDA, FORMOTEROL, SALMETEROL, IPRATRÓPIO, BROMETO DE UMECLIDÍNIO + TRIFENATATO DE VILANTEROL E BROMETO DE TIOTÓPIO MONOIDRATADO + CLORIDRATO DE OLODATEROL.

Eu, _____ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **budesonida, formoterol, salmeterol, ipratrópio, brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol e brometo de tiotópio monoidratado + cloridrato de olodaterol**, indicados para o tratamento da **doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)**.

Os termos médicos 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:

- diminuição das internações hospitalares;
- diminuição das faltas ao trabalho em virtude da doença;
- melhora da condição de saúde; e
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- os riscos na gravidez e na amamentação ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- efeitos adversos da budesonida: problemas na fala (reversíveis com a suspensão do tratamento), infecções na boca (candidíase), boca seca, alteração do paladar, irritação na garganta, tosse, infecções urinárias, inchaço, cansaço, reações alérgicas de pele, palpitação, taquicardia, dor abdominal, vertigem, tontura, ganho de peso; efeitos adversos mais raros: náusea, vômitos, coceira, problemas na visão, agitação, depressão, insônia, faringite, sinusite, alteração do ciclo menstrual, diarreia ou constipação, febre, dores de cabeça, infecções virais, redução da velocidade do crescimento em crianças, aumento dos níveis de glicose no sangue, reações de hipersensibilidade, sangramento anal e osteoporose (em caso de tratamento longo);
- efeitos adversos do formoterol e salmeterol: ansiedade, agitação, insônia, náusea, vômitos, dores abdominais, prisão de ventre, tonturas, dores de cabeça, diminuição dos níveis de potássio no sangue, tremores, palpitações, tosse, respiração curta, alteração do paladar, secura da boca, dor muscular, reações alérgicas de pele, problemas no coração, aumento ou diminuição intensa da pressão arterial, inchaço dos pés e das mãos, cansaço, infecções do trato respiratório, falta de ar, insônia, depressão, dor de dente, alteração do ciclo menstrual e problemas de visão;
- efeitos adversos do brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol: dor ao urinar e aumento da frequência urinária, dor de garganta com ou sem coriza, sinusite, tosse, dor e irritação na parte de trás da boca e da garganta, prisão de ventre, boca seca, infecção de vias aéreas superiores, dor no peito, batimento cardíaco irregular ou acelerado, palpitações, ansiedade, tremor, alterações no paladar, espasmos musculares e rash;
- efeitos adversos do tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol: boca seca, tontura, batimento cardíaco acelerado, tosse, disfonia, dor nas costas, arritmia, isquemia do miocárdio, dor no peito, hipotensão, tremor, dor de cabeça, nervosismo, enjoo, espasmos musculares, cansaço, mal-estar, hipocalemia (redução de potássio no sangue), hiperglicemia (aumento na concentração de açúcar no sangue), acidose metabólica (pH ácido no sangue); e
- risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos.

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 ser atendido (a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

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

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

- () Budesonida
- () Formoterol + Budesonida
- () Salmeterol



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
ASSESSORIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



- Brometo de tiotópio monoidratado + cloridrato de olodaterol
- Brometo de umeclidínio + trifenatato de vilantero
- Ipratrópio

Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			

Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico Responsável:		CRM:	UF:
_____		_____	
Assinatura e carimbo do médico		Data	

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

RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Paciente: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Tempo de diagnóstico: _____
CNS: _____
Sexo: () F () M

Paciente diagnosticado com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica? () Sim () Não
Grau de obstrução: () Obstrução leve () Moderada () Grave () Muito grave
Sintomas: () Tosse () Expectorção () Sibilância () Dispneia () Respiração ofegante
() Sensação de opressão torácica

Tosse diária: () Sim () Não Há quanto tempo: _____

Secreção diária: () Sim () Não Há quanto tempo: _____

Falta de ar: () Sim () Não

Paciente acometido por duas ou mais exacerbações moderadas ou graves nos últimos 12 meses?
() Sim () Não

Grupo de risco: () A () B () C () D

CAT _____ E/OU Índice de dispnéia MRC: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4

O paciente é fumante? () Sim () Não Média de cigarros por dia: _____

Ex-tabagista: () Sim () Não Anos de tabagismo: _____

Espirometria após uso de broncodilatador: _____

O paciente apresentou resposta ao broncodilatador? () Sim () Não

Peso: _____ VER 1: _____ ml VER 1%: _____ ml

Altura: _____ CVF: _____ ml VEF 1/CVF: _____ %

Paciente foi exposto a fatores de riscos conhecidos (tabaco, fogão a lenha ou outras poeiras/fumaças industriais)? () Sim () Não

Paciente com sintomas de enfisema pulmonar ou bronquite crônica ou bronquite respiratória ou alterações da vasculatura pulmonar? () Sim () Não

Paciente com deficiência de alfa-1 antitripsina? () Sim () Não

O paciente tem asma? () Sim () Não

Paciente com Miocardiopatia hipertrófica? () Sim () Não

Paciente com Hipopotassemia? () Sim () Não

Paciente com Crise tioróxica? () Sim () Não

Paciente com Tuberculose ativa sem tratamento específico concomitante? () Sim () Não

Paciente com seqüela extensa de tuberculose pulmonar sem história de tratamento tuberculostático? () Sim () Não

Paciente com Doença fúngica pulmonar ativa sem tratamento específico concomitante?

() Sim () Não

O paciente apresenta histórico familiar de DPOC? () Sim () Não

Se sim, qual o grau de parentesco? _____

O paciente apresenta?

() rinite alérgica () eosinofilia () sibilância na ausência de infecções virais

Já apresentou reações alérgicas a medicamentos? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

Possui outras doenças diagnosticadas? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

O paciente possui alguma complicação clínica? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
ASSESSORIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



O paciente já fez uso de medicamentos para tratar esta condição clínica? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

Por quanto tempo: _____

O paciente está fazendo uso de corticoide? () Sim () Não

O paciente está fazendo uso de antibiótico? () Sim () Não

O paciente faz uso de outros medicamentos? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

Outros dados clínicos relevantes:

O diagnóstico de entrada é compatível com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica CID 10: _____ necessitando dar início ou manter o tratamento preventivo iniciado nessa Unidade, segundo o Protocolo Padronizado de Medicamentos para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, necessitando fazer uso de _____ (Frequência ao dia (s) ou na semana (s)).

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data __/__/__

Escala de qualidade de vida – CAT (COPD ASSESSMENT TEST)

Nunca tenho tosse	0	1	2	3	4	5	Estou sempre a tossir
Não tenho nenhuma secreção (catarro) no peito							O meu peito está cheio de secreção (catarro)
Não sinto nenhum aperto no peito							Sinto uma grande pressão no peito
Não sinto falta de ar ao subir ladeira ou um lance de escada							Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um lance de escadas
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa							Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa.
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar de minha doença pulmonar							Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar
Durmo profundamente							Não durmo profundamente por causa da minha doença pulmonar
Tenho muita energia							Não tenho muita energia
Resultado: ____							

Escore de Dispneia do MRC

1	Dispneia somente ao realizar exercício intenso
2	Dispneia ao subir escadas ou ladeira ou andar apressadamente no plano
3	Dispneia no proprio passo no plano ou dificuldade para acompanhar o passo de outra pessoa da mesma idade
4	Dispneia no plano em menos de 100 metros ou após alguns minutos
5	Muito dispnéico para sair de casa ou dispneia para se vestir ou despir
Resultado: ____	

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data __/__/__



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
ASSESSORIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



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
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* _____ 10- Diagnóstico _____

11- Anamnese* _____

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

NÃO SIM. Relatar: _____

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* _____ 20- Telefone(s) para contato do paciente _____

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

21- Número do documento do paciente _____ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Pelo presente instrumento particular de _____, Nome do paciente
portador do documento de identidade nº _____ emitido pela _____ e do
Nº identidade Órgão emissor/UF
Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº _____ **AUTORIZO**
Nº CNS
_____, portador do documento de identidade
Nome completo do representante
nº _____ emitido pela _____, domiciliado no endereço
Nº identidade Órgão emissor/UF
_____, nº _____, bairro _____, no município
Nome do logradouro
de _____, CEP _____, telefone _____ como meu
Município/UF CEP da residência Telefone de contato
REPRESENTANTE para retirada de medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência
Farmacêutica.

- Grau de parentesco entre o representante e o paciente: _____
- Motivo da necessidade de representante:
 - Impossibilidade física
 - Município de residência diverso ao da farmácia
 - Incompatibilidade de horário
 - Outro. Especifique: _____
- Declaro serem verdadeiras as informações acima descritas e manifesto ciência de que a falsidade de informações configura falsificação de documento público, capitulada no artigo 297 do Código Penal Brasileiro, sendo passível de punição na forma da Lei.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável

Eu, _____, tendo sido instituído como REPRESENTANTE
Nome do representante
do paciente _____, conforme descrição acima referida,
Nome do paciente
comprometo-me a entregar todo o medicamento fornecido pela farmácia para utilização do paciente em questão,
nas mesmas condições físicas, de temperatura e de uso a que me foram responsabilizadas, além de repassar
todas as informações que me foram apresentadas durante a dispensação do(s) medicamento(s).

Data: ____/____/____

Assinatura do representante