



Documentação necessária para abertura de processos de medicamentos do Componente Especializado

- cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- cópia do CPF (facultativo)
- cópia do comprovante de residência atual
- cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde)
- Procuração para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante.
- Receita Médica - em duas vias, contendo o nome genérico do medicamento, concentração, posologia, tempo de tratamento, quantitativo mensal, carimbo, assinatura e data
- LME - Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico com o (C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo.
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade datado, carimbado e assinado pelo médico e pelo paciente.
- Escala de Dor LANSS devidamente preenchida.

Exames necessários para abertura de processo – Dor crônica (gabapentina, metadona, codeína e morfina)

- Escala de Dor LANSS devidamente preenchida.

- LME ou laudo médico contendo informações sobre a clínica do paciente e terapia medicamentosa previamente utilizada para alívio da dor.

CIDs contemplados: -R 52.1 Dor crônica intratável

-R 52.2 Outra dor crônica


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 | | 5-Peso do paciente* | |
| 3- Nome completo do Paciente* | | 4- Nome da Mãe do Paciente* | | 6-Altura do paciente* | |
| | | | | kg | |
| | | | | cm | |
| 7. Medicamento(s)* | | | 8. Quantidade solicitada* | | |
| | | | 1º mês | 2º mês | 3º mês |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 9- CID-10* | | 10- Diagnóstico | | | |
| 11- Anamnese* | | | | | |
| 12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento | | | | | |
| 14- Nome do médico solicitante* | | | | Nome do responsável | |
| 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* | | | | 17- Assinatura e carimbo do médico* | |
| 16- Data da solicitação* | | | | | |
| 18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____ | | | | | |
| 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação | | | 20- Telefone(s) para contato do paciente | | |
| 21- Número do documento do paciente | | | 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* | | |
| <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS _____ | | | | | |
| 22- Correio eletrônico do paciente | | | | | |

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



ESCALA DE DOR LANNIS

(Adaptada ao Português do Brasil por Schestatsky et al., 2011)

Paciente: _____ Data: _____

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudá-lo na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

A. QUESTIONÁRIO DE DOR

- Pense na dor que você vem sentindo na última semana.

- Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor.

Assinale com um "X" a alternativa correta e responda apenas SIM ou NÃO.

1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como "agulhadas", "choques elétricos" e "formigamento" são as que melhor descrevem estas sensações.

() NÃO – Minha dor não se parece com isso.....[0]

() SIM – Eu tenho este tipo de sensação com frequência.....[5]

2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como "manchada" ou "avermelhada ou rosada" descrevem a aparência da sua pele.

() NÃO – Minha dor não afeta a cor da minha pele.....[0]

() SIM – Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor.....[5]

3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? A ocorrência de sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.

() NÃO – Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível.....[0]

() SIM – Minha pele é mais sensível ao toque nesta área
.....[3]

4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como "choques elétricos", "dor em pontada" ou "dor explosiva" descrevem estas sensações.

() NÃO – Minha dor não se comporta desta forma[0]

() SIM – Eu tenho estas sensações com muita frequência.....[2]

5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como "calor" e "queimação" descrevem estas sensações.

() NÃO – Eu não tenho este tipo de sensação.....[0]

() SIM – Eu tenho estas sensações com frequência.....[1]


B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico)

A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contra-lateral ou nas áreas adjacentes não doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).

C. ALODINIA

Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo “picada” ou “latejante”) forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

() NÃO – Sensação normal em ambas as reas.....[0]

() SIM – Alodinia somente na área dolorida.....[5]

7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA

a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 (cor azul) conectada a uma seringa de 2 ml – sem a parte interna – suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas.

b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, “nenhuma sensação” ou “somente sensação de toque” (LSA aumentado) ou “dor muito intensa” (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.

c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

() NÃO – Sensação igual em ambas as áreas.....[0]

() SIM – Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido.....[3]

ESCORE: Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade

para obter um escore global.

ESCORE TOTAL (máximo 24)()

OBS: Se o escore for inferior a 12, [são improváveis de] estejam contribuindo para a dor do paciente.

Se o escore for igual ou superior a 12, provavelmente mecanismos neuropáticos estejam

contribuindo para a dor do paciente.

DATA: / /

Assinatura e carimbo do médico


TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
CODEÍNA, MORFINA, METADONA E GABAPENTINA.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações, principais efeitos adversos relacionados ao uso de codeína, morfina, metadona e gabapentina, indicados para o tratamento da dor crônica.

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

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes melhoras:

- alívio da dor;
- melhora da qualidade de vida.

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

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

- codeína - analgésico opiáceo 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;

- morfina - analgésico opiáceo forte indicado para pacientes sem controle adequado da dor (em grau moderado, intenso ou muito intenso) para os quais a dose pode ser aumentada gradativamente, de acordo com a necessidade; contraindicações gravidez, insuficiência respiratória, hipertensão intracraniana, insuficiência renal e hepática; efeitos adversos mais relatados - sedação (pode durar de 3 a 5 dias, melhorando a partir de então), náusea e vômitos, dificuldade de respirar (pacientes com câncer desenvolvem rápida tolerância); constipação intestinal; confusão mental (pode ocorrer nos primeiros dias de tratamento) e retenção urinária; efeitos colaterais menos frequentes - fraqueza, dor de cabeça, insônia, perda de apetite, boca seca, coceira, batimentos acelerados do coração;

- metadona - analgésico opiáceo sintético de alta potência, indicado como alternativa nos casos de dor intensa, de difícil tratamento; contraindicação - insuficiência respiratória grave; efeitos adversos mais relatados - dificuldade para

respirar, delírio, tontura, náusea e vômitos, suor excessivo; efeitos adversos menos frequentes - fraqueza, dor de cabeça, euforia, insônia, boca seca, perda de apetite, constipação, batimentos acelerados do coração, dificuldade para urinar;

- gabapentina - antiepilético indicado para pacientes que apresentem dor neuropática; efeitos adversos - diminuição das células brancas do sangue, constipação, secura na boca, náuseas e vômitos, tontura, sonolência, cansaço, depressão, confusão, nervosismo, descoordenação, amnésia, ganho de peso, visão turva ou dupla, coceira na pele, rinite, bronquite, faringite, tosse e infecções respiratórias, edema periférico, febre.

O uso de qualquer dos opioides requer maiores precauções e cuidados em grávidas, em pacientes que estão amamentando, em idosos e em crianças.



GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



As habilidades motoras e a capacidade física necessárias para desempenhar tarefas potencialmente perigosas, como conduzir veículos ou operar máquinas, podem ficar comprometidas.

Quando não forem possíveis a prevenção e o tratamento dos efeitos colaterais, o medicamento deverá ser suspenso, em conformidade com a decisão médica.

Os analgésicos opiáceos não causam dependência facilmente; não causam depressão respiratória clinicamente significativa em pacientes com câncer, mesmo com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); não aceleram a morte nem deixam o paciente alheio ao ambiente em que está inserido.

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.

Meu tratamento constará de um dos seguintes medicamentos:

- () codeína
() morfina
() metadona
() gabapentina

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

| | | |
|---|----------------------------------|--------------|
| Paciente: | | |
| Nome: _____ | | |
| Documento de identidade: _____ | Sexo: Masculino () Feminino () | Idade: _____ |
| Endereço: _____ | | |
| Cidade: _____ | Cep: _____ | |
| Telefone: _____ | | |
| Responsável legal (quando for o caso): _____ | | |
| Documento de identidade do responsável legal: _____ | | |
| Assinatura do paciente ou do responsável legal: _____ | | |
| Médico: | | |
| Médico Responsável: _____ | CRM: _____ | UF: _____ |
| Endereço: _____ | | |
| Tel: (____) _____ | | |
| ____/____/____ | Carimbo e Assinatura do Médico | Data |

Observações:

1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.