



|                                                                                                                             |                            |                          |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------|
| Elaboração: 2016                                                                                                            | Última revisão: 07/06/2022 | Próxima Revisão: 06/2024 | Revisão: 03 |
| <b>TROMBOCITEMIA ESSENCIAL OU IDIOPÁTICA</b><br>CID 10: D47.3<br>NORMA TÉCNICA SES/PE Nº 27/2013, DE 22 DE JANEIRO DE 2014. |                            |                          |             |

**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**

Anagrelida 0,5mg Comprimido

**Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia)**

- ☐ Carteira de identidade com foto (RG)
- ☐ Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- ☐ Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência)
- ☐ Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- ☐ Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

**Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ✓ Solicitação inicial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ✓ 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);<br><input type="checkbox"/> <b>Receita Médica</b> , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;<br><input type="checkbox"/> <b>Laudo Médico</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);<br><input type="checkbox"/> <b>Receita Médica</b> , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento; |

**Exames**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ✓ Solicitação inicial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ✓ Renovação a cada 6 (seis) meses                         |
| <input type="checkbox"/> Hemograma completo com plaquetas<br><input type="checkbox"/> Mielograma OU Biópsia de Medula Óssea                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Hemograma completo com plaquetas |
| 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.<br>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 correspondente a patologia de que trate este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. A solicitação de medicamentos de infusão deverá ser do Serviço de Referência/Polo de Aplicação.

**Observações:**

- O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia.
- 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.
- 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 na data agendada para entrega dos documentos e 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 estar 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 esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico.
- Para o remédio em casa, o paciente recebe a ligação e concorda em receber o medicamento. Nesse caso ele deve 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 Secretaria 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



Sistema  
Único  
de Saúde

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde

Secretaria de  
Saúde



GOVERNO DO ESTADO  
PERNAMBUCO  
MENS TRIBUTANDO, MAIS FUTURO



DIRETORIA GERAL DE  
ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA  
SECRETARIA EXECUTIVA DE  
ATENÇÃO À SAÚDE

## 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?\*

☐ 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 \_\_\_\_\_

☐ Branca

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

☐ 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

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

## 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