



GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

Elaboração: 2016

Última revisão: 04/2025

Próxima Revisão: 04/2027

Revisão: 04

ANEMIA EM PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA

CID10: N18.0; N18.8

PORTARIA CONJUNTA Nº 365, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2017.

Informações Gerais

Este guia contém orientações sobre os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), o qual está sendo fornecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ao seguir as instruções aqui apresentadas, você aumentará suas chances de obter benefícios eficazes com o tratamento.

Medicamentos CEAF

- *Alfaepoetina 1.000, 2.000, 3.000, 4.000 e 10.000 UI Solução injetável;
- *Sacarato de hidróxido ferro: solução injetável de 100 mg, frasco de 5 mL.

* Medicamento administrado por infusão

Documentos Pessoais a serem apresentados (originais e cópias)

- () 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 (originais e cópias)

✓ Solicitação inicial	✓ Renovação a cada 6 (seis) meses
() LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (No campo "Anamnese", deve ser preenchida a história clínica do(a) paciente. Caso o espaço disponível seja insuficiente, utilize um laudo adicional para incluir as informações); () Receituário médico comum, com posologia para até 6 (seis) meses de tratamento; () Laudo médico, descrevendo o histórico clínico, diagnóstico e o perfil de tratamento do paciente (CONSERVADOR, DIÁLISE PERITONEAL ou HEMODIÁLISE). () Termo de Esclarecimento e Responsabilidade	() LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (Em qualquer alteração na terapêutica, as informações devem ser registradas no campo "Anamnese". Caso o espaço disponível seja insuficiente, utilize um laudo adicional para detalhamento); () Receituário médico comum, com posologia para até 6 (seis) meses detratamento. () Laudo médico, necessário apenas em casos de alteração da prescrição, deve conter justificativa clínica para a alteração.

Exames (cópias)

✓ Solicitação inicial	✓ Renovação a cada 6 (seis) meses
Para todos os medicamentos: () Hemograma; () Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica); () Saturação de transferrina (calculável pelo ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro); () Dosagem de Ferritina sérica.	Para todos os medicamentos: () Hemograma; Adicionalmente para Sacarato de hidróxido ferro: () Saturação de transferrina (calculável pelo ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro); () Dosagem de Ferritina sérica.

O resultado dos exames garante uma avaliação precisa sobre o efeito do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Quando houver resultados fora dos parâmetros estabelecidos ou a ausência de algum exame, o médico deverá justificar a situação para que seja devidamente analisada. Dependendo da condição clínica do paciente, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, conforme o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas, ou protocolo de uso do Ministério da Saúde.

Serviços de Referência

Unidades de Saúde SUS com serviços especializados em nefrologia com terapia renal substitutiva (hemodiálise e diálise peritoneal), regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Observações:

1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente à patologia.
2. No caso de **renovação da LME**, se não houver alteração do tipo, da dose e da orientação de uso do medicamento, médicos de outras especialidades poderão realizar o preenchimento para dispensação (embora sempre seja necessário preencher o item de anamnese – o campo que deve conter um relatório sucinto sobre a condição clínica do paciente).
3. No mínimo, a cada 6 (seis) meses, o paciente deverá ser avaliado por um especialista.

Para receber os medicamentos

O paciente deverá ser atendido em um serviço especializado em **nefrologia com terapia renal substitutiva**, que providenciará toda a documentação necessária e encaminhará à Farmácia de Pernambuco, a qual realizará a dispensação do medicamento para unidade em que o paciente é acompanhado.

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. Nesse caso ele deverá 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 dos dados 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

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ALFAEPOETINA E SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRICO

Eu, _____, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento alfaepoetina, indicado para o tratamento da anemia na doença renal crônica. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico

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

Alfaepoetina - correção da anemia e consequente redução da necessidade de transfusões; - melhora sintomática e da qualidade de vida; - redução no número de hospitalizações; e - melhora da capacidade cognitiva e do desempenho físico. Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos: - não se sabe ao certo os riscos do uso da alfaepoetina na gravidez; portanto, caso engravidar, devo avisar imediatamente ao meu médico; - os efeitos adversos mais comumente relatados são os seguintes: tonturas, sonolência, febre, dores decabeça, dores nas juntas e nos músculos, fraqueza e aumento da pressão arterial. Também podem ocorrer problemas graves no coração, como infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais (derrame), além da formação de trombos. Ausência da produção de células vermelhas do sangue foi relatada raramente após meses a anos de tratamento com alfaepoetina; - reações no local da injeção, como queimação e dor, podem ocorrer, mas mais frequentemente em pacientes que receberam o medicamento por via subcutânea que por via intravenosa; - o medicamento está contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) a ele ou aos componentes da fórmula e em casos de pressão alta não controlada; e - o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com as superdosagens.

Sacarato de Hidróxido Férrico - melhora da anemia e, consequentemente, melhora da capacidade funcional, qualidade de vida e redução da morbimortalidade pela insuficiência renal crônica; Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos: - não há relato de efeitos adversos fetais com o uso de sacarato de hidróxido férrico em doses usuais durante a gravidez. Entretanto, caso engravidar, o médico deverá ser avisado; - os efeitos adversos já relatados são os seguintes: dor no local de administração, alteração da coloração da pele, dor no quadrante inferior abdominal, dor de cabeça, dores no corpo, taquicardia, calorões, náuseas, vômitos, falta de ar, tonturas; - possibilidade de reações tardias (em relação à administração) tais como tontura, desmaio, febre, calafrios, vermelhidão, coceiras, dores pelo corpo, confusão mental; - possibilidade de reação anafilática grave com morte (1 para cada 4 milhões de doses administradas); - medicamento está contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia), em hemocromatose, talassemia, anemia falciforme, anemia hemolítica e anemia associada a leucemias; - o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que esse 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, inclusive se desistir de usar o medicamento.

Meu tratamento constará do seguinte medicamento: () Alfaepoetina () Sacarato de Hidróxido Férrico

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

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



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

Secretaria de Saúde

GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS TRANSPARÊNCIA, MAIS FUTURODIRETORIA 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*

4- Nome da Mãe do Paciente*

6- Altura do paciente*

kg

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*

 Preta Amarela Parda Indígena. Informar Etnia: _____

21- Número do documento do paciente

 CPF ou CNS

22- Correio eletrônico do paciente

20- Telefone(s) para contato do paciente

_____ - _____ - _____ - _____ - _____

_____ - _____ - _____ - _____ - _____

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

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:

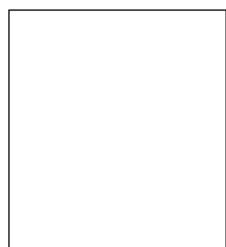
CEP:

Telefones para contato:

Email:

*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

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



Campo para digital