



Elaboração: 2013

Última revisão: 08/2024

Próxima Revisão: 08/2026

Revisão: 06

COMORBIDADES ASSOCIADAS AO TRANSPLANTE

CID 10: Z94.0; Z94.1; Z94.2; Z94.3; Z94.4; Z94.5; Z94.6; Z94.7; Z94.8

NORMA TÉCNICA ESTADUAL 08/2013

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

Aciclovir 200mg comprimido;
Enalapril 10mg comprimido;
Ganciclovir 250mg comprimido;
Prednisona 20mg comprimido;
Prednisona 5mg comprimido;
Pantoprazol 20mg comprimido;

Sulfametazol 400mg + trimetropina 80mg comprimido;
Sulfametoxcazol 8mg + trimetropina 40mg/ml, suspensão oral, frasco 100ml frasco;
Sulfato ferroso comprimido 40mg

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)

<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial	<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses
(<input type="checkbox"/>) LME - 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"/>) Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento; (<input type="checkbox"/>) Laudo médico , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico.	(<input type="checkbox"/>) LME - 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"/>) Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento. (<input type="checkbox"/>) Laudo Médico , EM CASO DE ALTERAÇÃO DE PRESCRIÇÃO, justificando a alteração da dose ou troca do medicamento.

Exames (cópias)

<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial	<input checked="" type="checkbox"/> Renovação
(<input type="checkbox"/>) Laudo médico informando o histórico clínico do paciente, quando realizou o transplante e justificativa do uso do (s) medicamento (s).	(<input type="checkbox"/>) Laudo Médico, quando necessário por mudança de medicamento ou posologia.

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. 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 patologia de que trate este documento, não especificando especialidade médica, desde que atendam os critérios do protocolo clínico e regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia.

2. 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 dever conter um relatório sucinto – da condição clínica do paciente.

3. No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista.

Para receber os medicamentos

O paciente ou seu representante deve ser atendido em algum serviço de Doenças Raras que vai solicitar toda documentação necessária e encaminhar a Farmácia de Pernambuco que fará a dispensação da medicação na Unidade que o paciente é atendido. 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).

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

Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

Secretaria de Saúde

GOVERNO DO PERNAMBUCO
PERNAMBUCO
Mais Inovação, 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*

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*: <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: _____

<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela	19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*	20- Telefone(s) para contato do paciente
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____		
<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação		
21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS _____	_____	_____
22- Correio eletrônico 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