



Elaboração: 2013

Última revisão: 01/12/2025

Próxima Revisão: 12/2027

Revisão: 07

DISLIPIDEMIA: PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES

CID 10: E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8

PORTARIA SAS/MS Nº 08, DE 30 DE JUNHO DE 2019.

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

Estatinas:

Atorvastatina 10, 20 e 40mg, comprimido

Pravastatina Sódica 20mg, comprimido

Fibratos:

Ciprofibrato 100mg, comprimido

Bezafibrato 400mg

Fenofibrato 200mg

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 <ul style="list-style-type: none"> () 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); () Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento; () Laudo médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico, (Deverá conter as seguintes informações: se o paciente é hipertenso, diabético, se possui algum problema cardíaco e o escore de risco absoluto de Framingham) Anexo; () Termo de Esclarecimento e Responsabilidade. () Descrever o valor na anamnese do Diagnóstico de Hipertolemia Familiar de acordo com a OMS (anexo) 	<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses <ul style="list-style-type: none"> () 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); () Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento. () 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 <ul style="list-style-type: none"> () AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO); () ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP); () Perfil Lipídico Completo (Colesterol Total, HDL e LDL e Triglicerídeos); () Hormônio Estimulador da Tiroxina – TSH; () B-HCG (para mulheres em idade fértil) realizado até 5 dias antes da solicitação dos medicamentos ou documento de esterilização. () Creatinofosfoquinase Total – CPK. 	<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (Seis) meses <ul style="list-style-type: none"> () Hormônio Estimulador da Tiroxina – TSH; () AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO); () ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP); () Creatinofosfoquinase Total – CK. <p>A critério médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> () Colesterol total () LDL () Triglicerídeos
--	---

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 as especialidades cardiologia e clínica médica de que trata este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e credenciadas à **Farmácia de Pernambuco**.

Observações:

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

LAUDO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DA DISLIPIDEMIA

Nome: _____ Idade: _____
Diagnóstico: _____ CID: _____

Critérios de inclusão:

- () Triglicerídeos entre 200 e 499 mg/dL, com LDL ≥100 mg/dL após 6 meses de tratamento NÃO FARMACOLÓGICO (dieta + exercícios);
- () Triglicerídeos acima de 500 mg/dL, mesmo após 6 meses com tomada efetiva das medidas não farmacológicas;
- () Infarto agudo do miocárdio;
- () Doença coronariana comprovada por exames; () Doença aterosclerótica ou em outros leitos arteriais;
- () Diabetes melito;
- () Hipercolesterolemia familiar ou hiperlipidemia familiar;
- () Escore de Framingham elevado: ≥ 9 pontos para homens, e ≥ 15 pontos para mulheres;
- () Escore de Framingham elevado: ≥6 pontos para homens, e ≥ 10 pontos para mulheres;
- () Hipertensão arterial sistêmica.

O paciente apresenta ainda:

- () Tabagismo + doença mental;
- () Gestante ou lactente;
- () Etilismo ou uso de drogas atual;
- () Hipotireoidismo não tratado;
- () Doença crônica Hepática;
- () Doença crônica renal;
- () Miosites, polimiosite ou rabdomiólise sem resposta ao tratamento específico;
- () Portador do vírus HIV.

Esquemas Terapêuticos:

1. Já realizou tratamento NÃO FARMACOLÓGICO? () sim () não

Tempo de duração () > 3 meses () > 6 meses

2. Já realizou tratamento farmacológico para dislipidemia? () sim () não Quais fármacos? () simvastatina () atorvastatina () pravastatina () ciprofibrato () benzafibrato ()

outros? _____ Tempo de duração () > 3 meses () > 6 meses

3. Em caso especial de indicação de Atorvastatina: O paciente iniciou o tratamento farmacológico com estatina de primeira geração por um período mínimo de 6 meses, porém sem resposta desejável ou satisfatória?

() sim () não

Tempo de duração

() > 3 meses () > 6 meses

O paciente apresentou reação adversa ao medicamento ou possui alguma contra-indicação quanto ao uso de estatinas de primeira geração? () sim () não Quais? _____

4. Observações: Obs: conforme norma federal pela aplicação do Uso racional de medicamentos nesta Diretoria DGAF/SES/PE, todos os pacientes que atenderem aos critérios de inclusão para o tratamento de dislipidemia com indicação de estatinas, deverão iniciar o tratamento com estatina de primeira geração (simvastatina ou pravastatina). Estes medicamentos fazem parte do elenco da Assistência Farmacêutica Básica.

Assinatura e carimbo médico

Data: ____/____/____

DIAGNÓSTICO DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR DE ACORDO COM A OMS

Nome: _____ Idade: _____
 Diagnóstico: _____ CID: _____

Critérios	
História Familiar	
Familiar de primeiro grau com doença aterosclerótica prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos) Familiar de primeiro grau com LDL-C acima do percentil 95	1
Familiar de primeiro grau com xantoma tendinoso quarcó córneo Criança (menores de 18 anos) com LDL-C acima do percentil 95	2
História Clínica	
Paciente com doença arterial coronariana prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos)	2
Paciente com doença arterial cerebral ou periférica prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos)	1
Exame físico	
Xantoma tendinoso	6
Arco córneo antes dos 45 anos	4
Exames laboratoriais	
LDL-C maiores ou iguais a 330 mg/dl	8
LDL-C entre 250 e 329 mg/dl	5
LDL-C entre 190 e 249 mg/dl	3
LDL-C entre 155 e 189 mg/dl	1
Mutação genética presente	8
Diagnóstico de hipercolesterolemia familiar é	
Definitivo com	>8
Provável com	6-8
Possível com	3-5

Assinatura e carimbo médico

Data: ____ / ____ / ____

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

atorvastatina, Fluvastatina, lovastatina, pravastatina, bezafibrato, ciprofibrato, etofibrato, fenofibrato, genfibrozila e ácido nicotínico

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de estatinas, fibratos e ácido nicotínico, indicados para o tratamento da dislipidemia. 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 melhorias:

- estatinas: prevenção de eventos cardiovasculares maiores, incluindo morte, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e revascularização, entre outros;
- fibratos: prevenção de pancreatite aguda;
- ácido nicotínico: prevenção de eventos cardiovasculares maiores. Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso destes medicamentos:
- as estatinas não devem ser utilizadas durante a gestação; em doses usuais são bem toleradas, com baixa incidência de efeitos adversos; os efeitos adversos mais frequentes das estatinas são prisão de ventre, diarreia, gases, dor de estômago, tontura, dor de cabeça, náuseas, alergias de pele; efeitos menos frequentes (necessitam, porém, de atenção médica imediata, podendo ser fatais) são dores musculares, cãibras, febre, cansaço, fraqueza, que caracterizam a mialgia ou rabdomiólise; e efeitos mais raros são impotência, insônia;
- não se sabe ao certo os riscos do uso de fibratos na gravidez; portanto, caso engravidar, comunicarei o médico imediatamente; os fibratos podem induzir o aparecimento de cálculos biliares, estando contraindicados para pacientes com esta doença; os efeitos adversos dos fibratos são desordens no sangue (anemia, leucopenia, trombocitopenia), angina, arritmias cardíacas, pancreatite, cálculos biliares, problemas no fígado e nos rins, sintomas gripais, piora de úlcera, coceiras e alergia de pele;
- não há relatos de efeitos do uso de ácido nicotínico na gravidez; os efeitos adversos do ácido nicotínico (com doses mais altas) são arritmias cardíacas, diarreia, tonturas, secura dos olhos e de pele, aumento de glicose no sangue, náuseas, vômitos, dor de estômago, coceiras; e são efeitos de menor incidência dor de cabeça, calorões no rosto e no pescoço; o risco de rabdomiólise aumenta com o uso concomitante dos medicamentos.

Estou ciente de que o uso destes medicamentos não substitui outras medidas para diminuição dos níveis de colesterol e triglicerídeos, tais como dieta adequada, controle do peso corporal e prática de atividade física. Estou também ciente de que o 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 que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento. 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

Meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s): () atorvastatina () pravastatina () bezafibrato () ciprofibrato () fenofibrato () genfibrozila

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

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



Sistema Único de Saúde

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

Secretaria de Saúde



GOVERNO DO PERNAMBUCO
MELHOR TERRITÓRIO, MELHOR FUTURO
PERNAMBUCO



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*

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*

Amarela

Preta

Indígena. Informar Etnia:

Parda

Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

CPF

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*

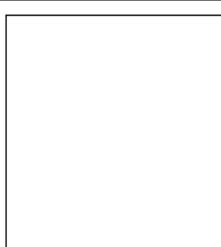
Nome Completo:			
Nº Doc. De Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:		Nº	Complemento:
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			

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