

|                  |                            |                          |            |
|------------------|----------------------------|--------------------------|------------|
| Elaboração: 2016 | Última revisão: 20/02/2020 | Próxima Revisão: 02/2022 | Revisão: 4 |
|------------------|----------------------------|--------------------------|------------|

## LÚPUS ERMATOSO SISTÊMICO - LES

CID 10: L93.0; L93.1; M32.1; M32.8

CID SECUNDÁRIO: **J84.1\***

Portaria SAS/MS nº 100, de 7 de fevereiro de 2013, retificada em 22 de março de 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Medicamentos fornecidos por outras Esferas do SUS                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Azatioprina 50 mg, comprimido<br>Ciclosporina 10, 25, 50 e 100 mg, cápsula<br>Ciclosporina 100 mg/ml, solução oral<br>Ciclofosfamida 50mg, comprimido<br>Cloroquina 150mg, comprimido<br>Hidroxicloroquina 400mg, comprimido<br>Danazol 100mg, cápsula<br>Danazol 200mg, cápsula<br>Metotrexato 2,5mg, comprimido | *Medicamento fornecido pelo Município<br>Betametasona 3mg + 3 mg/mL, suspensão injetável*<br>Dexametasona 4 mg, comprimido*<br>Prednisona 5 ou 20 mg, comprimido*<br>Talidomida 100 mg, comprimido*<br><br>** Hospitalar<br>Metilprednisolona 500 mg, pó para solução injetável** |
| Para o CID M32.1: outros medicamentos – seguir para o guia de <b>Nefropatias</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

### 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                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ( ) <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>( ) <b>Receita Médica</b> , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;<br>( ) <b>Laudo Médico</b> , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico, este pode estar contido no próprio LME ou receituário;<br>( ) <b>Relato médico</b> contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios (anexo);<br>( ) <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b><br>( ) <b>*CID Secundário J84.1</b> – Laudo anexo preenchido por Pneumologista dos Centros de Referência em DIP – Doença Intersticial Pulmonar | ( ) <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>( ) <b>Receita Médica</b> , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento. |

| Exames                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ✓ Solicitação inicial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ✓ Renovação a cada 6 (seis) meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Para Ciclosporina, azatioprina, cloroquina, hidroxicloroquina, danazol, ciclofosfamida e metotrexato:</b><br><input type="checkbox"/> Hemograma completo;<br><input type="checkbox"/> Creatinina;<br><input type="checkbox"/> Uréia;<br><input type="checkbox"/> Sumário de urina;<br><input type="checkbox"/> AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);<br><input type="checkbox"/> ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);<br><input type="checkbox"/> B-HCG (para mulheres em idade fértil) realizado até 5 dias antes da solicitação dos medicamentos ou documento de esterilização;– exceto para <b>cloroquina e hidroxicloroquina</b> .<br><b>Facultativos:</b><br><input type="checkbox"/> Exame oftalmológico (apenas para cloroquina e hidroxicloroquina);<br><input type="checkbox"/> FAN;<br><input type="checkbox"/> Eletrocardiograma; | <b>Para Ciclosporina, azatioprina, cloroquina, hidroxicloroquina, danazol, ciclofosfamida e metotrexato:</b><br><input type="checkbox"/> Hemograma;<br><input type="checkbox"/> Creatinina;<br><input type="checkbox"/> AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética–TGO);<br><input type="checkbox"/> ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);<br><input type="checkbox"/> Exame oftalmológico (a cada 5 anos apenas para cloroquina e hidroxicloroquina);<br><input type="checkbox"/> Sumário de urina (apenas para Ciclofosfamida).<br><input type="checkbox"/> B-HCG (para mulheres em idade fértil) realizado até 10 dias antes da solicitação dos medicamentos ou documento de esterilização;– exceto para <b>cloroquina e hidroxicloroquina</b> . |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

### Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade correspondente à patologia de que trate este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e credenciadas à **Farmácia de Pernambuco**.

Para Pacientes com CID secundário J84.1 – Serviços de Referência: IMIP, HUOC, HOF, HC: especialidade Pneumologia.

### 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 deve 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

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.

### 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 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>

**Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR),  
forma de manifestação da doença e tratamentos prévios**

(CID: L93.0; L93.1; M32.1; M32.8)

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Tempo de Diagnóstico: \_\_\_\_\_

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ( ) | Eritema malar: eritema fixo, plano ou elevado nas eminências malares, tendendo a poupar a região nasolabial                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ( ) | Lesão discoide: lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia                                                                                                                                                                                                                     |
| ( ) | Fotossensibilidade: eritema cutâneo resultante de reação incomum ao sol, por história do paciente ou observação do médico                                                                                                                                                                                                                                                |
| ( ) | Úlcera oral: ulceração oral ou nasofaríngea, geralmente não dolorosa, observada pelo médico                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ( ) | Artrite: artrite não erosiva envolvendo 2 ou mais articulações periféricas, caracterizada por dor à palpação, edema ou derrame                                                                                                                                                                                                                                           |
| ( ) | Serosite: a) pleurite – história convincente de dor pleurítica ou atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame pleural; ou b) pericardite – documentada por eletrocardiografia ou atrito ou evidência de derrame pericárdico                                                                                                                                    |
| ( ) | Alteração renal: a) proteinúria persistente de mais de 0,5 g/dia ou acima de 3+ (+++) se não quantificada; ou b) cilindros celulares – podem ser hemáticos, granulares, tubulares ou mistos                                                                                                                                                                              |
| ( ) | Alteração neurológica: a) convulsão – na ausência de fármacos implicados ou alterações metabólicas conhecidas (por exemplo, uremia, cetoacidose, distúrbios hidroeletrólíticos); ou b) psicose – na ausência de fármacos implicados ou alterações metabólicas conhecidas (por exemplo, uremia, cetoacidose, distúrbios hidroeletrólíticos)                               |
| ( ) | Alterações hematológicas: a) anemia hemolítica com reticulocitose; ou b) leucopenia de menos de 4.000/mm <sup>3</sup> em duas ou mais ocasiões; ou c) linfopenia de menos de 1.500/mm <sup>3</sup> em duas ou mais ocasiões; ou d) trombocitopenia de menos de 100.000/mm <sup>3</sup> na ausência de uso de fármacos causadores                                         |
| ( ) | Alterações imunológicas: a) presença de anti-DNA nativo; ou b) presença de anti-Sm; ou c) achados positivos de anticorpos antifosfolípidios baseados em concentração sérica anormal de anticardiolipina IgG ou IgM, em teste positivo para anticoagulante lúpico, usando teste-padrão ou em VDRL falsopositivo, por pelo menos 6 meses e confirmado por FTA-Abs negativo |
| ( ) | Anticorpo antinuclear (FAN): título anormal de FAN por imunofluorescência ou método equivalente em qualquer momento, na ausência de fármacos sabidamente associados ao lúpus induzido por fármacos                                                                                                                                                                       |

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo médico

**ANEXO PARA TRATAMENTO DA DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL**  
(CID 10 SECUNDÁRIO: J84.1 – Outras doenças pulmonares intersticiais com fibrose)

Nome: \_\_\_\_\_

Unidade Prescritora: ( ) HGOF ( ) HUOC ( ) HC/UFPE ( ) IMIP

| MEDICAMENTOS PRÉVIOS         | DOSE | TEMPO DE USO | MOTIVO DA INTERRUPÇÃO        |
|------------------------------|------|--------------|------------------------------|
| ( ) Leflunomida              |      |              | ( ) Falha ( ) Evento adverso |
| ( ) Metotrexato              |      |              | ( ) Falha ( ) Evento adverso |
| ( ) Azatioprina              |      |              | ( ) Falha ( ) Evento adverso |
| ( ) Ciclofosfamida           |      |              | ( ) Falha ( ) Evento adverso |
| ( ) Micofenolato de mofetila |      |              | ( ) Falha ( ) Evento adverso |
| ( ) Abatacepte               |      |              | ( ) Falha ( ) Evento adverso |
| ( ) Rituximabe               |      |              | ( ) Falha ( ) Evento adverso |
| ( )                          |      |              | ( ) Falha ( ) Evento adverso |

**MEDICAMENTO ESCOLHIDO:**

( ) Metotrexato ( ) Leflunomida ( ) Azatioprina ( ) Ciclofosfamida ( ) Micofenolato de mofetila  
( ) Ciclosporina ( ) Abatacepte ( ) Rituximabe ( ) Tocilizumabe

**DOSE:**

**QUEIXAS CLÍNICAS\*:**

( ) Assintomático ( ) Dispnéia ( ) Tosse ( ) Expectoração

**ESPIROMETRIA\*:** (Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

( ) Normal ( ) Padrão Restritivo ( ) Obstrutivo ( ) Misto CVF: \_\_\_\_\_% ( ) Não realizado

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TÓRAX\*:** (Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

( ) Reticulações ( ) Espessamento septal ( ) Cistos não enfisematosos ( ) Bronquiectasias de tração  
( ) Vidro fosco ( ) Faveolamento ( ) Nódulos centrolobulares ( ) Mosaico

**Conclusão:**

( ) PIU ( ) PINE ( ) PIL ( ) PO ( ) Bronquiolite ( ) Descamativa ( ) Não-classificável

**BIÓPSIA PULMONAR:** (Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

**Conclusão:**

Nota: dados com asterisco são obrigatórios na solicitação

\_\_\_\_\_  
Médico solicitante(data, carimbo e assinatura)

## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Cloroquina, hidroxiclороquina, metilprednisolona, azatioprina, ciclosporina, ciclofosfamida, danazol, metotrexato e talidomida

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações, principais efeitos adversos relacionados ao uso de cloroquina, hidroxiclороquina, metilprednisolona, azatioprina, ciclosporina, ciclofosfamida, danazol, metotrexato e talidomida, indicados para o tratamento de lúpus eritematoso sistêmico.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve). Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis.

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

- melhora dos sintomas;
- prevenção de complicações associadas com a doença.

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

- cloroquina e hidroxiclороquina, ciclosporina e metilprednisolona - medicamentos classificados na gestação como fator de risco C (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos);
- azatioprina: medicamento classificado na gestação como fator de risco D (há evidências de riscos ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos);
- ciclofosfamida, danazol, metotrexato e talidomida: medicamentos classificados na gestação como fator de risco X (seu uso é contraindicado para gestantes ou mulheres planejando engravidar);
- cloroquina e hidroxiclороquina: principais reações adversas são usualmente relacionadas com a dose e o tempo de tratamento; problemas nos olhos, como visão borrada, ou qualquer alteração na visão, diminuição das células brancas e vermelhas do sangue, alterações emocionais, problemas para escutar, convulsões, problemas no coração, problemas nos músculos dos cílios, causando dificuldade para ler, diarreia, perda de apetite, náusea, dor no estômago, vômito, dor de cabeça, coceira, descoloração e queda de cabelo, descoloração da pele, das unhas ou no interior na boca, tontura, nervosismo, inquietação, vermelhidão, problemas de pele;
- metilprednisolona: retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, problema nos ossos (osteoporose), problemas de estômago (úlceras), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação, manifestação de diabetes melito.
- azatioprina: diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, problemas no fígado, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, perda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos (retinopatia), falta de ar, pressão baixa;
- ciclofosfamida: diminuição do número de células brancas no sangue, fraqueza, náusea, vômito, infecções da bexiga acompanhada ou não de sangramento, problemas nos rins, no coração, pulmão, queda de cabelos, aumento do risco de desenvolver cânceres.
- ciclosporina: problemas nos rins e fígado, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, aumento do crescimento da gengiva, aumento do colesterol e triglicerídios, formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náuseas, vômitos, perda de apetite, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, sangramentos, inflamação do

pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, aumento da quantidade de cálcio, magnésio e ácido úrico no sangue, toxicidade para os músculos, problemas respiratórios, sensibilidade aumentada a temperatura, aumento das mamas;

- danazol: reações adversas mais comuns incluem náuseas, vômitos, diarreia, dor de cabeça, nervosismo, desorientação, fraqueza, convulsões, ganho de peso, inchaço, alterações do paladar, aumento da pressão arterial, perda de potássio, insuficiência cardíaca congestiva;

- metotrexato: pode causar problemas gastrointestinais com ou sem sangramento, diminuição do número de glóbulos brancos no sangue, diminuição do número de plaquetas, aumento da sensibilidade da pele aos raios ultravioleta, feridas na boca, inflamação nas gengivas, inflamação na garganta, espinhas, perda do apetite, náusea, palidez, coceira, vômitos; mais raramente e dependendo da dose utilizada, podem ocorrer cansaço associado à formação de bolhas e com perda de regiões da pele e de mucosas (síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica) e problemas graves de pele; também pode facilitar o estabelecimento ou agravar infecções;

- talidomida: reação adversa mais importante é a teratogenicidade, ou seja, causa graves defeitos no corpo dos bebês de mulheres que o utilizam na gravidez; também causa sono e problemas nos nervos das extremidades; em casos mais raros, pode causar tremor, fraqueza, tonturas, alterações do humor, prisão de ventre, boca seca, aumento do apetite, inchaço, náuseas, problemas na menstruação;

- medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula. 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 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

O meu tratamento constará dos seguintes medicamentos:

- |                  |                       |                       |
|------------------|-----------------------|-----------------------|
| ( ) cloroquina   | ( ) hidroxicloroquina | ( ) betametasona      |
| ( ) dexametasona | ( ) prednisona        | ( ) metilprednisolona |
| ( ) azatioprina  | ( ) ciclofosfamida    | ( ) ciclosporina      |
| ( ) danazol      | ( ) metotrexato       | ( ) talidomida        |

|                                                                                              |       |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|
| Local:                                                                                       | Data: |     |
| Nome do Paciente:                                                                            |       |     |
| Cartão Nacional de Saúde:                                                                    |       |     |
| Nome do responsável legal:                                                                   |       |     |
| Documento de identificação do responsável legal:                                             |       |     |
| <div style="text-align: center;">_____<br/>Assinatura do paciente ou responsável legal</div> |       |     |
| Nome do Médico:                                                                              | CRM:  | UF: |
| <div style="text-align: center;">_____<br/>Assinatura e carimbo médico</div>                 |       |     |
| 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.

## 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

## 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