

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 05/11/2024)**PCDT: INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA**
CID 10: I50.0, I50.1, I50.9**1. Medicamentos**

- Sacubitril Valsartana sódica hidratada 50mg por com. (sacubitril 24mg + valsartana 26 mg)
- Sacubitril Valsartana sódica hidratada 100mg por comp. (Sacubitril 49mg + Valsartana 51mg)
- Sacubitril Valsartana sódica hidratada 200mg por comp. (Sacubitril 97mg + Valsartana 103mg)
- Dapagliflozina 10mg(comprimido)

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)**1.1 Documentos pessoais**

- ✓ Carteira de Identidade – RG;
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- ✓ Comprovante de Residência com CEP;
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

1.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- () **LME**-Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e relato médico com descrição se o paciente fez uso prévio de medicamentos utilizados para tratar a condição clínica e doses máximas utilizadas, com sinais/sintomas clínicos e histórico de internações por insuficiência cardíaca descompensada.
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.
- () **Relato médico com a classificação funcional da Insuficiência cardíaca do paciente conforme a classificação da New York Heart Association (NYHA).**

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO

- () **LME**-Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;

2.3 Exames Obrigatórios**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- () Cópia do exame de dosagem sérica do peptídeo natriurético de tipo B (BNP) **OU** cópia do exame de dosagem sérica de N-terminal pró-peptídeo natriurético de tipo B (NT-proBNP);
- () Cópia do laudo da ecocardiografia;

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.

*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente a etapa de cadastro pelo avaliador.



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: (83) 99114-0673/9918-8691

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade correspondente à patologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional do SUS e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
3. Regras estabelecidas pelas Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 17, de 18 de novembro de 2020 aprova as Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento da **Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida**.

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 6 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.