



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - **SESAB**
Diretoria de Assistência Farmacêutica - **DASF**
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - **COAFE**

FORMULÁRIO - SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO PARA ANGIOEDEMA ASSOCIADO À DEFICIÊNCIA DE C1 ESTERASE (C1-INH).

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Angioedema associado à deficiência de C1 esterase (C1-INH)
PORTARIA Nº 880, DE 12 DE JULHO DE 2016

Nome do Paciente: _____ **Data:** ___/___/_____

ATENÇÃO: Para os critérios assinalados, necessário encaminhar exames comprobatórios.

DIAGNÓSTICO/ CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Paciente possui diagnóstico de AEH associado à deficiência do C1-INH (tipos 1 e 2) confirmado pelos critérios de acordo com o PCDT? Assinalar.

Anamnese, exame físico e quadro clínico compatível com AEH;

Sim () Não ()

Evidência bioquímica (constatação laboratorial de ausência ou redução (<50%) ou de defeito funcional do C1-INH (função <50%); de redução do complemento hemolítico total (CH50);

Sim () Não ()

Evidência bioquímica de diminuição da fração C4 do complemento]. Deve-se ressaltar que C4 e CH50 podem encontrar-se normais fora das crises);

Sim () Não ()

Evidência genética (presença de mutação patogênica em SERPING1) da doença.

Sim () Não ()

CASOS ESPECIAIS, OBSERVAÇÕES:

() Os pacientes com AEH não associado à deficiência de C1-INH, ou

() Crianças até 12 anos de idade, deverão ser considerados casos especiais e encaminhados para acompanhamento em serviços de referência.

Declaro que o(a) paciente não possui nenhum dos critérios de exclusão apresentados abaixo:

- Mulheres com sangramento genital de origem desconhecida;
- Disfunção grave hepática, renal ou cardíaca;
- Gravidez ou lactação, devido à possibilidade de ocorrência de efeitos androgênicos no sexo feminino;
- Porfíria;
- Presença ou história de eventos tromboembólicos;
- Hipersensibilidade ou intolerância ao medicamento;
- Tumor dependente de androgênio (neoplasia de fígado ou de próstata);
- Neoplasia de próstata Neoplasia de fígado História de icterícia História de pruritus gravidarum.

Local: _____

Data: ___/___/_____

Assinatura e carimbo do médico