

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE COLÍRIOS - TRATAMENTO DO GLAUCOMA

PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 02 DE ABRIL DE 2018.

Atenção: Este formulário visa OTIMIZAR o acesso aos medicamentos de Glaucoma, de acordo com o Protocolo Clínico de Glaucoma do Ministério da Saúde PCDT.

Nome do Paciente: _____ Idade: _____
Serviço: _____ Cidade: _____ Data: ____/____/____
Nome do Médico Responsável: _____ CRM Nº: _____ UF: _____

1) O Paciente está vinculado a alguma Clínica para recebimento de medicamentos para Glaucoma?
() Sim () Não

Se Sim, apresentar a Carta de Desvinculação totalmente preenchida, assinada e carimbada pela Clínica responsável pela dispensação dos medicamentos.

Critérios de Inclusão:

RETINOGRAFIA (Igual ou acima de 0,5mm): OD: _____ mm OE: _____ mm

PRESSÃO INTRA OCULAR (PIO- acima de 21mmHg): OD: _____ mmHg; OE: _____ mm

* Poderão ser solicitados outros exames para a avaliação do glaucoma.

Critérios para avaliação de esquema terapêutico

1) Monoterapia com Timolol: deverá preencher 02 ou mais dos critérios gravidade menores ou 01 critério gravidade menor e 01 critério gravidade maior.

Critérios gravidade menores:

- () PIO de 21-26 mmHg na ausência de medicamento antiglaucomatoso;
- () Alargamento da escavação (relação entre o diâmetro da escavação e o diâmetro do disco) do disco óptico entre 0,5-0,8;
- () Alteração no campo visual compatível com glaucoma sem comprometimento dos 10 graus centrais em nenhum dos olhos;

Critérios gravidade maiores:

- () PIO acima de 26 mmHg na ausência de medicamento antiglaucomatoso;
- () Cegueira por dano glaucomatoso em um olho;
- () Alargamento da escavação (relação entre o diâmetro da escavação e o diâmetro do disco) do disco óptico acima de 0,8;
- () Comprometimento em 3 ou mais quadrantes ou dano nos 10 graus centrais em um dos olhos;
- () Progressão documentada do dano glaucomatoso em campimetria visual ou retinografia colorida a despeito do tratamento hipotensor.

2) Monoterapia com dorzolamida, brinzolamida ou brimonidina (segunda linha):

- () Falha primária ou contraindicação ou reação adversa ao timolol.

3) Monoterapia com prostaglandinas (latanoprost, bimatoprost ou travoprost): deverá preencher 2 ou mais critérios gravidade maiores ou 01 gravidade maior e pelo menos 02 gravidade menores. Além disto deverá apresentar falha primária ou terapêutica.

Critérios gravidade maiores:

- () PIO acima de 26 mmHg na ausência de medicamento antiglaucomatoso;
- () Cegueira por dano glaucomatoso em um olho;
- () Alargamento da escavação (relação entre o diâmetro da escavação e o diâmetro do disco) do disco óptico acima de 0,8;
- () Comprometimento em 3 ou mais quadrantes ou dano nos 10 graus centrais em um dos olhos;
- () Progressão documentada do dano glaucomatoso em campimetria visual ou retinografia colorida a despeito do tratamento hipotensor.

Critérios gravidade menores:

- () PIO de 21-26 mmHg na ausência de medicamento antiglaucomatoso;
- () Alargamento da escavação (relação entre o diâmetro da escavação e o diâmetro do disco) do disco óptico entre 0,5-0,8;
- () Alteração no campo visual compatível com glaucoma sem comprometimento dos 10 graus centrais em nenhum dos olhos;

Falha terapêutica para monoterapia com prostaglandinas:

- () Falha primária ou terapêutica da associação de timolol e um medicamento de segunda linha (ou dorzolamida ou brinzolamida ou brimonidina).
- () Falha primária ou terapêutica de medicamento de segunda linha (ou dorzolamida ou brinzolamida ou brimonidina).

4) Associação de timolol e medicamento de segunda linha (dorzolamida, brinzolamida ou brimonidina):

- () Falha terapêutica com timolol
- () Contraindicação ou falha primária ao uso de prostaglandina

5) Associação de timolol e e prostaglandina (latanoprost, bimatoprost ou travoprost):

- () Contraindicação ou falha primária ao uso de prostaglandina

6) Associação de medicamento de segunda linha (dorzolamida, brinzolamida ou brimonidina) e prostaglandina (latanoprost, bimatoprost ou travoprost):

- () Falha terapêutica com monoterapia medicamentosa de segunda linha.

Local (nome da cidade) _____ Datado atendimento: __/__/__

Assinatura e carimbo do médico: