

## FORMULÁRIO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médico Responsável: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**Declaro para fins de solicitação de medicamentos para o tratamento de Dor Crônica que o referido paciente apresenta os seguintes critérios relacionados abaixo:**

### 1.0 CRITÉRIOS GERAIS DE INCLUSÃO (Preenchimento obrigatório)

**Assinalar o CID-10 correspondente para dor crônica?**

R52.1 Dor crônica intratável

R52.2 Outra dor crônica

### 1.1 Qual a duração da dor?

Menos de 3 meses.

Mais de 3 meses.

### 1.2 Qual o tipo de dor?

Dor Nociceptiva

Dor Neuropática

Dor Nociplástica

Dor Mista

Dor Oncológica

Osteoartrite. Especificar: ( ) joelho ou ( ) quadril

### 1.3 Qual ou quais as Escalas utilizadas? (anexar escala ao processo):

Escala de LANSS (ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando)

DN4 (para diferenciar a dor nociceptiva da dor neuropática por meio da aplicação do questionário DN4)

### 1.4 O paciente apresenta intolerância ou contraindicação ao medicamento solicitado?

Sim

Não

### 1.5 APENAS PARA DOR ONCOLÓGICA:

**Qual o degrau da escada analgésica da dor?**

Dor leve

Dor moderada

Dor de forte intensidade

**2.0 DESCREVER TERAPIA MEDICAMENTOSA PRÉVIA (Campo de preenchimento obrigatório):**

**2.1 Qual a ou as terapias prévia já utilizada para dor Nociceptiva? Qual ou quais os medicamentos usados anteriormente e o tempo de uso?**

- ( ) Ibuprofeno, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Paracetamol, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Codeína, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Morfina, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Metadona, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Outros, indicar nome e dosagem do medicamento: \_\_\_\_\_

**2.2 Qual a ou as terapias prévia já utilizada para dor Neuropática? Qual ou quais os medicamentos usados anteriormente e o tempo de uso?**

- ( ) Gabapentina, Indicar, dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Carbamazepina, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Antidepressivos tricíclicos (ADT), indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Inibidores seletivos de recaptção de serotonina e norepinefrina (ISRSN), Indicar, dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Codeína, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Morfina, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Outros, indicar nome e dosagem do medicamento: \_\_\_\_\_

**2.3 Qual a ou as terapias prévia já utilizada para dor Nociplástica? Qual ou quais os medicamentos usados anteriormente e tempo de uso?**

- ( ) Amitriptilina, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Nortriptilina, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Paracetamol, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Codeína, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Benzodiazepínicos, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Outros, indicar nome e dosagem do medicamento: \_\_\_\_\_

**2.4 Qual a ou as terapias prévia já utilizada para Dor mista? Qual ou quais os medicamentos usados anteriormente e tempo de uso?**

Indicar nome e dosagem do ou dos medicamento(s): \_\_\_\_\_

**2.5 Qual a ou as terapias prévia já utilizada para Dor Oncológica? Qual ou quais os medicamentos usados anteriormente e tempo de uso?**

- ( ) Dipirona, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Paracetamol, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Ácido acetil salicílico, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Ibuprofeno, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Codeína, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Morfina, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Metadona, Indicar dosagem e tempo de uso: \_\_\_\_\_
- ( ) Outros, indicar nome e dosagem do medicamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e carimbo do médico**

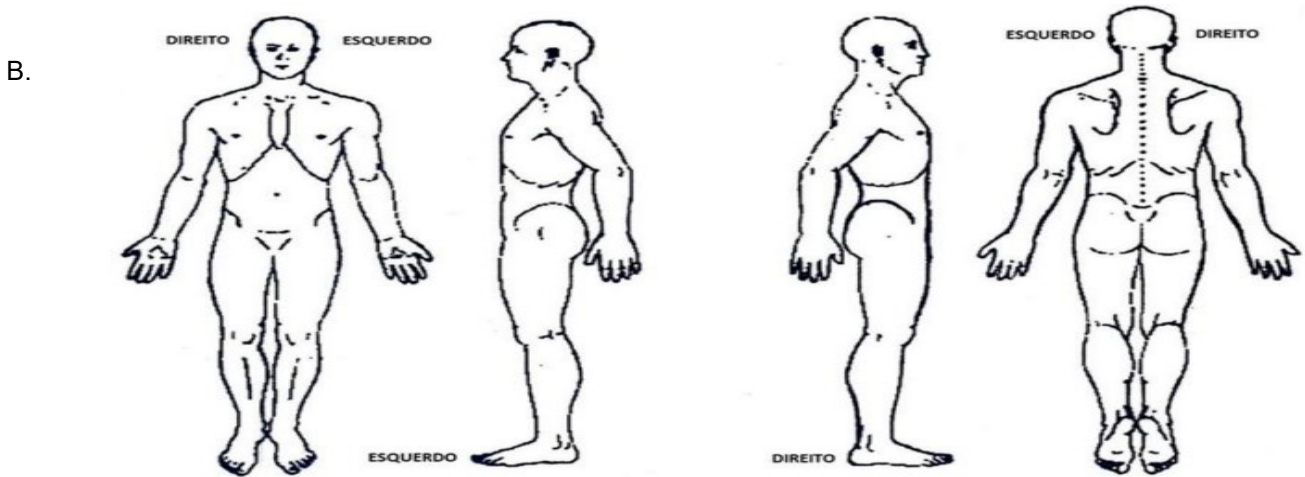
**ESCALA Nº 01**  
**ESCALAS PARA CLASSIFICAÇÃO DA DOR**  
**(PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS TIPOS DE DORES)**

1. ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

A. LOCALIZAÇÃO DA DOR

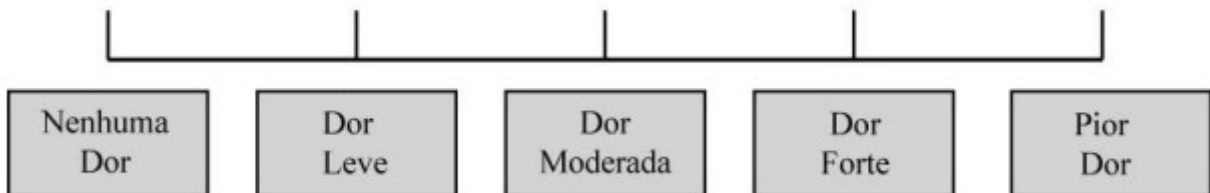
Diagrama corporal : O diagrama corporal permite a avaliação da localização da dor e, por vezes, de sua intensidade. Sendo assim, o profissional de saúde deverá apresentar o diagrama corporal abaixo ao paciente solicitando que ele marque com um X o(s) local(is) em que sente dor e onde a dor é mais intensa.

Nome do paciente \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_



INTENSIDADE DA DOR

Escala de descritores verbais da dor : A escala de descritores verbais permite a avaliação da intensidade da dor. O profissional de saúde deve solicitar ao paciente que ele indique, na figura, qual das cinco categorias, melhor representa a intensidade da dor que ele sente.



## ESCALA Nº 2

### (Preenchimento Obrigatório para Dor Nociceptiva, Nociceptiva, Neuropática e Oncológica Escala de dor LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs) 1ª PARTE

O profissional de saúde deve solicitar ao paciente que ele indique, na figura, qual das cinco categorias, melhor representa a intensidade da dor que ele sente.

Nome do paciente \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudá-lo na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

#### A. QUESTIONÁRIO DE DOR

- Pense na dor que você vem sentindo na última semana.

- Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor. Responda apenas SIM ou NÃO.

1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como “agulhadas”, “choques elétricos” e “formigamento” são as que melhor descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se parece com isso ..... [0]

b) SIM – Eu tenho este tipo de sensação com frequência ..... [5]

2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como “manchada” ou “avermelhada ou rosada” descrevem a aparência da sua pele.

a) NÃO – Minha dor não afeta a cor da minha pele ..... [0]

b) SIM – Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor ..... [5]

3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? [A ocorrência de] Sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.

a) NÃO – Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível ..... [0]

b) SIM – Minha pele é mais sensível ao toque nesta área ..... [3]

4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como “choques elétricos”, “dor em pontada” ou “dor explosiva” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se comporta desta forma ..... [0]

b) SIM – Eu tenho estas sensações com muita frequência ..... [2]

5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como “calor” e “queimação” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Eu não tenho este tipo de sensação ..... [0]

b) SIM – Eu tenho estas sensações com frequência ..... [1]

### Escala de dor LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs) 2ª PARTE

O profissional de saúde deve solicitar ao paciente que ele indique, na figura, qual das cinco categorias, melhor representa a intensidade da dor que ele sente.

#### B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico)

A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contralateral ou nas áreas adjacentes não doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).

##### 6) ALODINIA

Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo “picada” ou “latejante”) forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

a) NÃO – Sensação normal em ambas as áreas ..... [0]

b) SIM – Alodinia somente na área dolorida ..... [5]

##### 7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA

a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 (cor azul) conectada a uma seringa de 2 mL – sem a parte interna – suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas.

b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, “nenhuma sensação” ou “somente sensação de toque” (LSA aumentado) ou “dor muito intensa” (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.

c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

a) NÃO – Sensação igual em ambas as áreas ..... [0]

b) SIM – Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido ..... [3]

#### Pontuação

Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um escore global.

Se o escore for inferior a 12, [são improváveis que] estejam contribuindo para a dor do paciente.

Se o escore for igual ou superior a 12, provavelmente mecanismos neuropáticos estejam contribuindo para a dor do paciente.

Escore: \_\_\_\_\_ / 24

Mecanismos neuropáticos improváveis (< 12)

Mecanismos neuropáticos prováveis (≥ 12)

Assinatura e carimbo do médico

**ESCALA Nº 3**

**QUESTIONÁRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE DOR NEUROPÁTICA A.**

Questionário para diagnóstico de dor neuropática – DN4 (Douleur Neuropathique 4)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

O profissional de saúde deve solicitar ao paciente que ele indique, na figura, qual das cinco categorias, melhor representa a intensidade da dor que ele sente.

Por favor, nas quatro perguntas abaixo, complete o questionário marcando uma resposta para cada número:

<b>Entrevista com o paciente</b>		
Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?		
• Queimação	( ) Sim	( ) Não
• Sensação de frio dolorosa	( ) Sim	( ) Não
• Choque elétrico	( ) Sim	( ) Não
Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?		
• Formigamento	( ) Sim	( ) Não
• Alfinetada e agulhada	( ) Sim	( ) Não
• Adormecimento	( ) Sim	( ) Não
• Coceira	( ) Sim	( ) Não
<b>Exame do paciente</b>		
Questão 3: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?		
• Hipoestesia ao toque	( ) Sim	( ) Não
• Hipoestesia à picada de agulha	( ) Sim	( ) Não
Questão 4: Na área dolorosa, a dor pode ser causada ou aumentada por:		
• Escovação	( ) Sim	( ) Não

<b>Pontuação</b>
0 para cada item negativo
1 para cada item positivo
Dor neuropática: escore total a partir de 4/10

Escore: ____ / 10	
Dor nociceptiva (< 4)	<input type="radio"/>
Dor neuropática (≥ 4)	<input type="radio"/>

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