

**FORMULÁRIO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA
SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO
PORTARIA CONJUNTA Nº 22, de 03 de NOVEMBRO de 2022.**

Nome do Paciente: _____	Data do atendimento: ___/___/___
Médico Responsável: _____	CRM: _____ UF: _____

1. DIAGNÓSTICO: _____ CID-10 _____
2. CRITÉRIOS MORFOLÓGICOS OU CITOGENÉTICOS MÍNIMOS PARA SMD? () SIM () NÃO
3. QUAL O MEDICAMENTO SOLICITADO: () Alfaepoetina 10.000 UI injetável () Filgrastim 300 microgramas (mcg) injetável
4. EVOLUÇÃO CLÍNICA (informar características clínicas e evolução da doença, sintomas, histórico pessoal, familiar, nutricional, ambiental ou ocupacional), informar também, tratamento prévio e atual: não medicamentoso e medicamentoso. _____ _____ _____
5. QUAIS OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO O PACIENTE APRESENTA?
5.1 Informar Escore Prognóstico (IPSS ou IPSS-R):- IPSS (Sistema Internacional de Escore Prognóstico): Assinalar com um X: () Baixo () Intermediário 1 () Intermediário 2 () Alto risco
- IPSS-R (Sistema Internacional de Escore Prognóstico Revisado)
Pontuação: _____ () Muito baixo () Baixo () Intermediário () Alto ou muito alto
5.2 Informar classificação da Síndrome Mielodisplásica (OMS), Assinalar com um X: () SMD com displasia de única linhagem (SMD-DUL) () SMD com displasia de múltiplas linhagens (SMD-DML) () SMD-SA: com DUL ou DML () SMD com deleção 5q () SMD com excesso de blastos (SMD-EB): tipo 1 e tipo 2 () SMD não classificada (SMD-NC): com 1% de blastos, com DUL e pancitopenia, baseada em alterações citogenéticas específicas.

6. INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DESSAS CONDIÇÕES:

- () Deficiências nutricionais;
- () Infecção por vírus HIV;
- () Hepatites B ou C;
- () Infecção por citomegalovírus;
- () Doenças autoimunes;
- () Doenças renais;
- () Doença hepáticas;
- () Hipotireoidismo;
- () Neoplasias;
- () Doenças de medula óssea;
- () Outras falências medulares;
- () Gravidez ou situação potencial de gravidez;
- () Amamentação;
- () Neuropatia periférica grau II ou maior.

() Declaro que, durante a avaliação clínico-laboratorial, foi realizado diagnóstico diferencial criterioso e foram excluídas as outras causas de citopenia de exclusão obrigatória segundo PCDT: deficiências nutricionais, infecção por vírus do HIV, hepatites B e C, CMV, doenças autoimunes, hepática e renal, hipotireoidismo, anemia aplástica, neoplasias e uso de medicamentos.

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)