

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (SAFTEC)
Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF)
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (COAFE)

FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE DISLIPIDEMIA

PORTARIA CONJUNTA Nº 8, de 30 de julho de 2019.

Obs.: o preenchimento deste formulário não é obrigatório. Caso prefira, o médico poderá descrever em relatório médico a presença de critérios de inclusão e ausência dos critérios de exclusão (conforme PCDT da Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite de 2019).

Data do Atendimento: ____ / ____ / ____

CID 10: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____ SEXO: M () F ()

NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: _____

MEDICAMENTO SOLICITADO:

- () ATORVASTATINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)
() ATORVASTATINA 20 MG (POR COMPRIMIDO)
() ATORVASTATINA 40 MG (POR COMPRIMIDO)
() ATORVASTATINA 80 MG (POR COMPRIMIDO)
() BEZAFIBRATO 400 MG (POR COMPRIMIDO DE DESINTEGRAÇÃO LENTA)
() FENOFIBRATO 200 MG (POR CAPSULA)

Anexar receita médica em 02 (duas) vias

EXAMES COMPLEMENTARES – ANEXAR CÓPIA

Colesterol Total, HDL-colesterol, LDL- colesterol, Triglicerídeos, TGO, TGP, CPK, TSH e creatinina:

B-HCG (mulher idade fértil)- validade 30dias

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- () Hipercolesterolemia () Hipertrigliceridemia

Associado a pelo menos um dos critérios abaixo

- a. () **Diabetes Mellitus** em homens com idade > 45 anos e em mulheres com idade > 50 anos associado a pelo menos um dos seguintes fatores
() HAS () Tabagismo
() História familiar DAC precoce em parentes de 1º grau – antes dos 55 anos para homens e dos 65 anos para mulheres
- b. () **Escore de risco de Framingham** superior a 10% em 10 anos
- c. **Evidência clínica de doença aterosclerótica** (qualquer uma das abaixo)
() IAM ou Revascularização miocárdica
() **Cineangiografografia** anormal
() Angina com evidência de isquemia à **ergometria, cintilografia ou ecocardiografia de estresse**
() Isquemia cerebral **em exames de imagem (TC ou RNM de Crânio)**
() Doença arterial periférica (claudicação intermitente ou história de revascularização)
() Acidente isquêmico transitório com aterosclerose em território carotídeo à ultrassonografia ou em arteriografia; ou histórico de endarterectomia prévia
- d. () **Diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar (Vide quadro 1)**

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (SAFTEC)
Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF)
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (COAFE)

QUADRO 1 - Critérios Diagnósticos de Hipercolesterolemia Familiar (OMS) <i>* preencher esse quadro apenas nos casos de investigação de Hiperlipidemia Familiar.</i>	
HISTÓRICO FAMILIAR	PONTOS
Familiar de primeiro grau com doença aterosclerótica prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos)	1
Familiar de primeiro grau com LDL-C acima do percentil 95	
Familiar de primeiro grau com xantoma tendinoso ou arco córneo	2
Criança (menores de 18 anos) com LDL-C acima do percentil 95	
HISTÓRIA CLÍNICA	
Paciente com doença arterial coronariana prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos)	2
Paciente com doença arterial cerebral ou periférica prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos)	1
EXAME FÍSICO	
Xantoma tendinoso	6
Arco córneo antes dos 45 anos	4
EXAMES LABORATORIAIS	
LDL-C maiores ou iguais a 330 mg/dL	8
LDL-C entre 250 e 329 mg/dL	5
LDL-C entre 190 e 249 mg/dL	3
LDL-C entre 155 e 189 mg/dL	1
Mutação Genética Presente	8
TOTAL DE PONTOS	

Obs: O diagnóstico de Hipercolesterolemia Familiar é :

Definitivo se mais de 8 pontos

Provável de 6-8 pontos

Possível de 3-5 pontos

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas

Carimbo e assinatura do médico assistente

Telefone para contato