

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO

4.1 Se apontada inefetividade terapêutica (evento adverso) e/ou desvio de qualidade dos medicamentos (queixa técnica), ou sua suspeita, esclareça os motivos que levaram a esta conclusão:

4.1.1 Houve notificação à ANVISA - NOTIVISA⁴ dos eventos acima? () não () sim nº _____

5. Qual(is) a(s) consequência(s) ao requerente caso este não seja submetido ao medicamento(s) indicado(s) a curto, médio e longo prazo?

*A curto prazo evolução com necessidade de hospitalização, infecção e
óbito*

6. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em risco de morte?

(X) sim. Justificativa: *dor no agudo e de rápida evolução para óbito*

() não. Justificativa:

7. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em agravamento da doença?

(X) sim. Justificativa: *piore dos componentes do sangue*

() não. Justificativa:

8. Declaro, por fim, que não possuo qualquer interesse na prescrição do medicamento/insumo, que não a saúde do paciente, bem como não mantenho qualquer vínculo com a indústria farmacêutica, de órteses, próteses e materiais especiais, distribuidores e em pesquisa clínica relacionada à esta prescrição: (X) Sim () Não.

Prescritor (carimbo e assinatura): _____ Data: *18/08/22*

PARA PREENCHIMENTO PELO REQUERENTE:

9. O requerente possui convênio particular de saúde? () Sim. Qual: _____ () Não.

9.1. Em caso afirmativo, houve a tentativa de obter o medicamento pelo convênio? () Sim () Não.

9.2. Houve negativa? () Sim () Não. 9.3. Negativa: () Verbal () Escrita Data: _____

10. O requerente buscou obter o medicamento pelo SUS? () Sim () Não.

10.1. Houve negativa? () Sim () Não.

10.2. Em caso afirmativo:

() Município _____ () Verbal () Escrita Data: _____

() Estado _____ () Verbal () Escrita Data: _____

() União _____ () Verbal () Escrita Data: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Declaro que estou ciente das informações fornecidas e autorizo a exposição dos dados médicos em âmbito judicial e administrativo: () Sim () Não.

Assinatura do Requerente: _____ Data: _____

⁴ <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm>.

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO

DADOS DO REQUERENTE:

Nome: <u>Gilvanete Dias Pinheiro</u>	
CPF:	Cartão SUS:
Contato (email/telefone):	
Atendimento que originou a prescrição: () Particular () Convênio - Qual? _____	
<input checked="" type="checkbox"/> SUS - Unidade de atendimento: <u>HU - UFSC</u>	

DADOS DA PRESCRIÇÃO:

Medicamento (DCB/DCI ¹): <u>Protizumab Orogênico</u>	
Posologia: <u>1,3 mg/m² no 1º ciclo e</u>	Duração do Tratamento: <u>4 ciclos</u>
Validade da Receita: <u>1,0 mg/m² 2º ciclo =</u>	Registro na ANVISA: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Indicação em conformidade com a aprovada no registro: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	
Previsto em PCDT ² da doença listada abaixo: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Consta em padronização oficial (ex. REMUME, RENAME ou listas regionais ou estaduais) ³ : () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

* O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico com **LETRA LEGÍVEL**, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 1931/2009).

1. Qual(is) a(s) doença(s) que acomete(m) o requerente e que motivaram a prescrição?

CID: C91.0 Doença: Leucemia Linfoblástica Aguda
Características da Doença: Panmieloplasia grave, podendo apresentar leucócitos es
costos de leucos e alto risco de óbito

2. Quais as opções de tratamento oferecidas pelo SUS para a doença citada?

Quimioterapia com diferentes protocolos - BFM, GMALL, HyperCVAD

3. As alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS já foram utilizadas? sim () não. Em caso afirmativo:

3.1 Especifique o período de tratamento e a resposta do requerente:

Início de QT em abril/19, manutenção de novembro/19 a julho/21,
resposta de Tratado com BFM e HyperCVAD

3.2 O requerente faz uso de outro(s) tratamento(s) (farmacoterapêuticos ou não)? Qual(is)?

Não

4. O tratamento indicado na sua prescrição pode ser substituído por alguma alternativa oferecida pelo SUS?

() sim* - Especifique qual(is):

não - Justifique detalhadamente: Já foi submetido a QT e teve progressão
de doença em estágio de quimio

* Favor fornecer ao requerente **NOVA PRESCRIÇÃO**.

¹ DCB/DCI: Denominação Comum Brasileira ou, na falta desta, Denominação Comum Internacional.

² Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

³ REMUME: Relação Municipal de Medicamentos / RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

FORMULÁRIO MÉDICO PARA MEDICAMENTO, INSUMOS (FRALDAS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS, ETC), CIRURGIA, EXAME, PRÓTESE, CONSULTA COM ESPECIALISTA, ETC.

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO MÉDICO

Por exigência da Justiça Federal o formulário médico a ser preenchido É O ANEXO (MEDICAMENTO, EXAME , CIRURGIA, CONSULTA, PRÓTESE, INTERNAÇÃO, VAGA EM UTI, ETC) deve obedecer ao modelo aprovado pelo Comitê Executivo do Estado de Santa Catarina - COMESC.

Dessa forma, solicitamos, caso necessário, adequações pertinentes a doença do paciente e sua necessidade (**onde constar “medicamento”, escrever a necessidade do paciente**) como cirurgia, insumos, exames, próteses dentre outros.

Importante salientar que quanto mais detalhado o preenchimento do formulário maiores as chances de acesso ao tratamento receitado.

OBS: O formulário anexo é utilizado para todos os procedimentos (exame, cirurgia, consulta, etc) – onde estiver escrito “medicamento” – fazer a adequação. Grato.



Poder Judiciário
Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)
COMITÊ EXECUTIVO DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC

DADOS DO REQUERENTE:

Nome: <u>Gilvanete Dias Pinheiro</u>	
RG e CPF:	Cartão SUS:
Contato (email/telefone):	
Atendimento que originou a prescrição: () Particular () Convênio - Qual? () SUS - Unidade de atendimento:	

* O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico com LETRA LEGÍVEL, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 1931/2009).

DADOS DA PRESCRIÇÃO (Médico):

1-Medicamento (DCB/DCI¹): <u>Inotuzumab Obogamicin</u>	
Posologia: <u>1,3 mg/m² no 1º ciclo e</u>	Duração do Tratamento: <u>4 ciclos</u>
Validade da Receita: <u>1,0 mg/m² do 2º ao 4º ciclo</u> <u>4 meses</u>	Registro na ANVISA: (X) Sim () Não
Indicação em conformidade com a aprovada no registro: (X) Sim () Não	
Previsto em PCDT ² da doença listada abaixo: () Sim (X) Não	
Consta em padronização oficial (ex. REMUME, RENAME ou listas regionais ou estaduais) ³ () Sim (X) Não	
2-Medicamento (DCB/DCI⁴): _____	
Posologia: _____	Duração do Tratamento: _____
Validade da Receita: _____	Registro na ANVISA: () Sim () Não
Indicação em conformidade com a aprovada no registro: () Sim () Não	
Previsto em PCDT ⁵ da doença listada abaixo: () Sim () Não	
Consta em padronização oficial (ex. REMUME, RENAME ou listas regionais ou estaduais) ⁶ () Sim () Não	
3-Medicamento (DCB/DCI⁷): _____	
Posologia: _____	Duração do Tratamento: _____
Validade da Receita: _____	Registro na ANVISA: () Sim () Não
Indicação em conformidade com a aprovada no registro: () Sim () Não	
Previsto em PCDT ⁸ da doença listada abaixo: () Sim () Não	
Consta em padronização oficial (ex. REMUME, RENAME ou listas regionais ou estaduais) ⁹ () Sim () Não	

1- Qual(is) a(s) doença(s) que acomete(m) o requerente e que motivaram a prescrição?

CID: C91.0 Doença: Leucemia Linfoblástica Aguda

Característica da Doença: Paciente evolui com pânuloopenia grave, podendo apresentar leucocitose nos exames de leucos e evolução para óbito.

2- Quais as opções de tratamento oferecidas pelo SUS para a doença citada?

Quimioterapia de alta dose com protocolos padronizados - BFM, Hyper CVAD e outros protocolos semelhantes conforme opção do serviço.

3- As alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS já foram utilizadas?

(X) sim () não. Em caso afirmativo:

3.1 Especifique o período de tratamento e a resposta do requerente:

Protocolo BFM aumentado de abril/19 a nov/19 e manutenção de novembro/19 a julho/2021
Recebeu em agosto/21 - protocolo BFM, sem resposta completa
Hyper CVAD em julho/22 sem resposta

3.2 - O requerente faz uso de outro(s) tratamento(s) (farmacoterapêuticos ou não)?
Qual(is)?

4 - O tratamento indicado na sua prescrição pode ser substituído por alguma alternativa oferecida pelo SUS?

- sim* - Especifique qual(is):
 não - Justifique detalhadamente:

Paciente já utiliza os medicamentos fornecidos pelo SUS e
no momento está refratário

4.1- Se apontada inefetividade terapêutica (evento adverso) e/ou desvio de qualidade dos medicamentos (queixa técnica), ou sua suspeita, esclareça os motivos que levaram a esta conclusão:

4.1.1- Houve notificação à ANVISA - NOTIVISA¹⁰ dos eventos acima?

não sim nº _____

¹⁰ <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm>.

5- Qual(is) a(s) consequência(s) ao requerente caso este não seja submetido ao medicamento(s) indicado(s) a curto, médio e longo prazo?

Consequência a curto prazo de parar os componentes do sangue com necessidade transfusional e risco infeccioso a longo prazo

6 - A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em risco de morte?

(X) sim. Justificativa: doença aguda de evolução rápida com risco de óbito elevado

() não. Justificativa:

7. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em agravamento da doença?

(X) sim. Justificativa: doença com alta carga tumoral atual

() não. Justificativa:

8 -Declaro, por fim, que não possuo qualquer interesse na prescrição do medicamento/insumo, que não a saúde do paciente, bem como não mantenho qualquer vínculo com a indústria farmacêutica, de órteses, próteses e materiais especiais, distribuidores e em pesquisa clínica relacionada à esta prescrição:

(X) Sim () Não.

Prescritor (MÉDICO)



(carimbo e assinatura): _____ Data: 18/08/22