



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEAFF/SC PARA O TRATAMENTO DE ASMA**
Portaria Conjunta SAS/MS nº 32 de 20 de dezembro de 2023



Declaro, para os devidos fins que o (a) paciente _____,
preenche os critérios de inclusão abaixo para a utilização do medicamento _____.

1) Paciente deve apresentar **no mínimo um** sinal ou sintoma como critério de inclusão. Assinale os critérios que correspondem ao paciente:

- Sibilos expiratórios à ausculta pulmonar;
 - Chiado no peito;
 - Tempo expiratório prolongado;
 - Tiragem intercostal;
 - Rinite alérgica com hipertrofia de cornetos e sinais de dermatite atópica.
- **SOMENTE para paciente MENOR que 5 anos de idade, paciente apresenta:**
 - Sibilos frequentes** (4 episódios no ano anterior);
 - Um fator de risco maior** (pais com asma ou criança com dermatite atópica);
 - Ou dois fatores de risco menores** (rinite alérgica, eosinofilia ou sibilância).

2) Paciente **MAIOR que 5 anos de idade** deve anexar **ESPIROMETRIA (validade 1 ano)** com resultado de:

- ATUALMENTE SEM TRATAMENTO = VEF1/CVF inferior a 80% e laudo da espirometria apresentando Distúrbio Ventilatório Obstrutivo OU Combinado/Misto antes do teste com broncodilatador (PRÉ-BD);**
- ATUALMENTE COM TRATAMENTO = VEF1/CVF inferior ou superior a 80% PRÉ-BD e laudo da espirometria Normal ou apresentando Distúrbio Ventilatório Obstrutivo ou Restritivo ou Combinado/Misto ou Inespecífico; Espirometria Normal com Teste de Broncoprovocação POSITIVO.**

3) Assinale os sintomas **SOMENTE** para pacientes com **ASMA PARCIALMENTE CONTROLADA OU NÃO CONTROLADA:**

SOMENTE DEVE SER PREENCHIDO POR ALERGISTA, PEDIATRA OU PNEUMOLOGISTA	Sintomas diurnos > 2 vezes/semana	Despertares noturnos	Medicamento de resgate > 2 vezes/semana	Limitação das atividades
Asma PARCIALMENTE CONTROLADA assinalar 1 a 2 sintomas (pneumologista)				
Asma NÃO CONTROLADA assinalar 3 a 4 sintomas (pneumologista, alergista, pediatra)				

4) A **MONOTERAPIA** de Formoterol OU Budesonida **NÃO** é recomendada segundo PCDT/MS. Para solicitações **exclusivas** de Formoterol OU Budesonida, assinale:

- Paciente faz uso de Formoterol e necessita somente Budesonida visando associação; OU
- Paciente faz uso de Budesonida ou Beclometasona e necessita fornecimento apenas de Formoterol.

5) **SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO OMALIZUMABE:**

Pacientes com **ASMA ALÉRGICA GRAVE NÃO CONTROLADA (REFRATÁRIA)**: Assinale os critérios apresentados pelo paciente:

- Espirometria dos últimos 12 meses evidenciando limitação ao fluxo de ar;
- Paciente com 6 anos de idade ou mais;
- Teve pelo menos, uma exacerbação grave no ano anterior com necessidade de curso de corticoide oral;
- Paciente faz uso de Omalizumabe.

Peso: _____.

Nível sérico total de IgE _____.

Descreva tratamento atual: Corticoide inalatório _____ (dose: _____ mcg/dia) +
Beta-2 agonista de longa duração _____ (dose: _____ mcg/dia).

Corticoide oral: _____ mg/dia.

Outros: _____.

6) **SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO MEPOLIZUMABE:**

Pacientes **adultos** com **ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE NÃO CONTROLADA (REFRATÁRIA)**: Assinale os critérios apresentados pelo paciente:

- Espirometria dos últimos 12 meses evidenciando limitação ao fluxo de ar;
- Teve pelo menos, uma exacerbação grave no ano anterior com necessidade de curso de corticoide oral;
- Paciente faz uso de Mepolizumabe.

Contagem de eosinófilos no sangue periférico: _____.

Descreva tratamento atual: Corticoide inalatório _____ (dose: _____ mcg/dia) +
Beta-2 agonista de longa duração _____ (dose: _____ mcg/dia).

Corticoide oral: _____ mg/dia.

Outros: _____.

Assinatura e carimbo médico (a)

Local e data