



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO
POR MEIO DO CEAFF/SC PARA O TRATAMENTO DE
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA**
Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 17, de 18 de novembro de 2020



Declaro, para os devidos fins de solicitação do medicamento **Sacubitril + Valsartana**, que o **(a) paciente** _____, preenche os critérios de inclusão abaixo:

TODAS as questões abaixo são de PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO para avaliação de critérios de inclusão do PCDT/MS:

1. Classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) (Assinalar apenas UMA classificação):

() NYHA I () NYHA II () NYHA III () NYHA IV

2. O paciente encontra-se em tratamento otimizado? () Sim () Não

2.1 Tratamento medicamentoso ATUALMENTE utilizado:

() Captopril () Enalapril () Losartana
() Carvedilol () Espironolactona () Metoprolol, succinato
() Isossorbida, mono ou dinitrato () Furosemida () Hidroclorotiazida

() Sacubitril + valsartana - Se sim, qual a dose atualmente utilizada? _____

() Outros: _____

3. O paciente encontra-se sintomático? () Sim () Não

Se sim, quais sintomas apresenta? _____

APENAS EM CASO DE PACIENTES JÁ EM USO do medicamento Sacubitril + Valsartana, preencher os campos a seguir.

4 Data de início do tratamento com Sacubitril + Valsartana: _____.

4.1 O paciente encontrava-se sintomático? () Sim () Não

Se sim, quais sintomas apresentava? _____

Apenas para pacientes já em uso de Sacubitril + Valsartana, a apresentação do laudo exame comprobatório pode ser substituída pelo preenchimento dos dados abaixo pelo médico assistente:

4.2 Fração de ejeção prévia ao uso de Sacubitril + Valsartana: Data: _____ Valor: _____.

4.3 Dosagem de peptídeos natriuréticos tipo B (BNP OU NT-ProBNP) prévios ao uso de Sacubitril + Valsartana (anexar exame, se possível):

() BNP OU () NT-ProBNP Data: _____ Valor: _____.

Assinatura e carimbo médico(a)

_____, ____/____/____.
Local e data