



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
ATRAVÉS DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE
ANEMIA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA
PORTARIA SAS/MS Nº 365 DE 15/02/2017**



ALFAEPOETINA

Declaro para fins de solicitação do medicamento **Alfaepoetina** para o tratamento de Anemia na Doença Renal Crônica, que o(a) paciente _____ não apresenta nenhum critério de exclusão e satisfaz os seguintes **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**:

Diagnóstico de doença renal crônica (DRC) e as condições 1+2+3 + (4 **ou** 5), conforme assinalado abaixo:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. DRC nos estágios 3-5 (taxa de filtração glomerular estimada (TFG) < 60 mL/min por 1,73m ²). |
| <input type="checkbox"/> | 2. Anemia com Hemoglobina ≤ 10 g/dL (adultos) ou < 11 g/dL (pacientes pediátricos até 18 anos). |
| <input type="checkbox"/> | 3. Índice de Saturação da Transferrina (IST) > 20 %. |
| <input type="checkbox"/> | 4. Hemodiálise com Ferritina > 200 ng/mL. |
| <input type="checkbox"/> | 5. Tratamento Conservador ou Diálise Peritoneal com Ferritina > 100 ng/mL. |

Anexar: Creatinina (validade: semestral); Hemoglobina (validade: mensal); Ferritina (validade: trimestral); IST (validade: trimestral).

* Critérios de **EXCLUSÃO**:

- Hipersensibilidade/intolerância ao medicamento proposto ou a um de seus componentes;
- Hipertensão arterial sistêmica não controlada (níveis acima de 140/90 mmHg) mesmo com uso de três anti-hipertensivos;
- Anemia de outras etiologias.

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

____/____/____
Data