



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
ATRAVÉS DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE
DISTÚRBO MINERAL E ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA
PORTARIA SAS/MS Nº 801 DE 25/04/2017



DEFERROXAMINA

Declaro para fins de solicitação do medicamento **Desferroxamina** para o tratamento de Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica, que o(a) paciente _____ não apresenta critérios de exclusão e satisfaz os seguintes **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**:

Para realização do teste para diagnóstico de excesso de Alumínio

Apresenta as condições **(1 ou 2)** conforme assinalado abaixo:

() 1. Dosagem sérica não estimulada de Alumínio elevada (60 a 200 mcg/L).

() 2. Sinais e sintomas clínicos sugestivos de intoxicação por Alumínio.

Anexar: Relato médico com descrição dos sinais e sintomas; dosagem sérica de Alumínio.

Para o tratamento da intoxicação alumínica

Apresenta **pelo menos uma** das condições a seguir, conforme assinalado abaixo:

() 2.1. Diagnóstico de intoxicação alumínica detectada por depósito de Alumínio em biópsia óssea.

Anexar: Relato médico com descrição dos sinais e sintomas; laudo de biópsia óssea com avaliação de depósito de Alumínio; dosagem sérica de Alumínio; avaliação oftalmológica e avaliação otorrinolaringológica (devido à neurotoxicidade visual e auditiva).

() 2.2. Paciente sintomático com diagnóstico de intoxicação por Alumínio após teste positivo com desferroxamina.

Anexar: Relato médico com descrição dos sinais e sintomas; teste com desferroxamina para diagnóstico de excesso de Alumínio (dosagem sérica de Alumínio não estimulada e dosagem sérica de Alumínio após estímulo com desferroxamina); avaliação oftalmológica e avaliação otorrinolaringológica (devido à neurotoxicidade visual e auditiva).

* Critério de **EXCLUSÃO**:

- Concentração sérica de Alumínio não estimulada > 200 mcg/L (risco de neurotoxicidade). O programa de terapia renal substitutiva deve ser intensificado para diminuição do nível de Alumínio antes de receber a DFO.

- Contraindicação, intolerância ou hipersensibilidade ao uso do medicamento.

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

____/____/____
Data