



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO  
POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE  
FIBROSE CÍSTICA**

Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS nº 25 – 27/12/2021



Declaro, para os devidos fins que **o (a) paciente** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ foi diagnosticado com fibrose cística e preenche os critérios de inclusão abaixo:

**MANIFESTAÇÕES PULMONARES**

**IDADE DO PACIENTE:** ( ) menor de 6 anos (**PREENCHER TAMBÉM O CAMPO CASOS ESPECIAIS**);  
( ) 6 anos ou mais.

**MEDICAMENTO SOLICITADO:**

• **ALFADORNASE:**

( ) Diagnóstico clínico de fibrose cística;

- **Exames obrigatórios (devem ser anexados):**

- ( ) Dosagem quantitativa de cloretos no suor (ou cópia do prontuário do paciente com o resultado do exame);
- ( ) Laudo de radiografia de tórax;
- ( ) Espirometria ou pletismografia.

• **TOBRAMICINA:**

( ) Diagnóstico clínico de fibrose cística;

- **Exames obrigatórios (devem ser anexados):**

- ( ) Dosagem quantitativa de cloretos no suor (ou cópia do prontuário do paciente com o resultado do exame);
- ( ) Laudo de radiografia de tórax;
- ( ) Espirometria ou pletismografia;
- ( ) Cultura de secreção respiratória identificando a presença de *Pseudomonas*.

**CASOS ESPECIAIS:**

- ( ) Menores de 6 anos (ALFADORNASE E TOBRAMICINA);
- ( ) Gestantes (TOBRAMICINA);
- ( ) Urgência por Alta Hospitalar (TOBRAMICINA);

**- Relato médico justificando o uso:**

---

---

---

---

---

---

● **IVACAFTOR:**

Peso do paciente (acima de 25 kg): \_\_\_\_\_ kg

( ) Diagnóstico clínico de fibrose cística;

- Exames obrigatórios (devem ser anexados):

( ) Dosagem quantitativa de cloretos no suor (ou cópia do prontuário do paciente com o resultado do exame);

( ) Laudo de radiografia de tórax;

( ) Espirometria ou pletismografia;

( ) ALT/TGP e AST/TGO;

( ) Exame genético (uma das seguintes mutações de gating (classe III) no gene regulador da condutância transmembrana da fibrose cística (CFTR): G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R).

**MANIFESTAÇÕES PANCREÁTICAS**

● **PANCREATINA:**

- **Anexos obrigatórios:**

( ) Teste do pezinho **E** relato médico com evidências clínicas; **OU**

( ) Exame laboratorial de dosagem quantitativa de cloretos no suor;

**E**

( ) Exame laboratorial de dosagem de elastase fecal; **OU**

( ) Relato médico com evidências clínicas de insuficiência pancreática.

**Relato médico com evidências clínicas:**

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data