



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
ATRAVÉS DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE  
GLAUCOMA  
PORTARIA SAS/ SCTIE/MS N° 11 DE 02/04/2018



Declaro para os devidos fins que o paciente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ apresenta:

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:**

Assinalar **ao menos 2 (dois)** dos seguintes itens:

- ( ) PIO média antes do início do tratamento acima de 21mmHg **(OBRIGATÓRIO) E**  
( ) Dano típico ao nervo óptico com perda da rima neuroretiniana identificado por biomicroscopia de fundo (escavação igual ou acima de 0,5) **OU**  
( ) Campo visual compatível com o dano ao nervo óptico

**EXAMES OBRIGATÓRIOS:** (preencher com os resultados e anexar os exames se possível):

- Avaliação do fundo do olho (laudo): \_\_\_\_\_  
- Medição da PIO basal (valor): \_\_\_\_\_

**EXAMES COMPLEMENTARES** (preencher com **ao menos 1 (um)** dos resultados abaixo, e anexar os exames se possível):

- Retinografia binocular colorida (laudo): \_\_\_\_\_  
- Campimetria visual (laudo): \_\_\_\_\_  
- Paquimetria (valor): \_\_\_\_\_

**TRATAMENTO SOLICITADO:**

**MONOTERAPIA:**

**1ª Linha: TIMOLOL 0,5%**

- ( ) Pacientes com 2 ou mais critérios de gravidade menores  
( ) Pacientes com 1 critério de gravidade menor e 1 critério de gravidade maior

**2ª Linha: DORZOLAMIDA 2% ou BRINZOLAMIDA 1% ou BRIMONIDINA 0,2%**

- ( ) Falha primária ou contra-indicação ou reação adversa ao timolol

**3ª Linha: Prostaglandina: LATANOPROSTA 0,05% ou BIMATOPROSTA 0,03% ou TRAVOPROSTA 0,004%**

- ( ) 2 ou mais critérios de gravidade maiores ou um maior e dois ou mais menores **OU**  
( ) Falha primária ou terapêutica da associação de timolol e um medicamento de 2ª linha (Dorzolamida ou Brinzolamida ou Brimonidina) **OU**  
( ) Falha primária ou terapêutica de medicamento de 2ª linha (Dorzolamida ou Brinzolamida ou Brimonidina)

