



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO
ATRAVÉS DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE
SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS
PORTARIA SAS/MS Nº 2.994 DE 13/12/2011**



Declaro, para fins de solicitação do medicamento **CLOPIDOGREL**, que o paciente _____

() Fez uso prévio de Ácido Acetil Salicílico

E/OU

() Apresenta Hipersensibilidade ao Ácido Acetil Salicílico

É apresenta o seguinte **CRITÉRIO DE INCLUSÃO**- (assinalar **APENAS UM** destes abaixo descritos e, caso seja necessário, as condições a que este se aplica:

A - () Infarto agudo do miocárdio **SEM** supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST) – 75mg/dia – tempo **MÁXIMO** por 9 meses.

B - () Infarto agudo do miocárdio **COM** supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST):

B.1 - () Pacientes não submetidos à Intervenção Coronária Primária (com ou sem terapia fibrinolítica) - 75mg/dia – tempo **MÁXIMO** por 9 meses

OU

B.2 - () Pacientes com implante de stent (convencional ou farmacológico) - 75mg/dia – tempo **MÁXIMO** por 9 meses

Assinatura e carimbo de médico

Local e data