



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



SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO

Declaro para fins de solicitação do medicamento **Sacarato de Hidróxido Férrico** 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**:

ADULTOS

Diagnóstico de doença renal crônica (DRC) e as condições 1+2+(3 **ou** 4 **ou** 5 **ou** 6) 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. |
| <input type="checkbox"/> | 3. Tratamento conservador ou diálise peritoneal com ferritina <100 ng/mL e IST <20% (deficiência absoluta). |
| <input type="checkbox"/> | 4. Tratamento conservador ou diálise peritoneal com ferritina entre 100 e 500 ng/mL e índice de saturação da transferrina (IST) <20% (deficiência relativa). |
| <input type="checkbox"/> | 5. Hemodiálise com ferritina <200 ng/mL e IST<20% (deficiência absoluta). |
| <input type="checkbox"/> | 6. Hemodiálise com ferritina entre 200 e 500 ng/mL e IST<20% (deficiência relativa). |

Anexar: Creatinina (validade: semestral); hemoglobina (validade: mensal); ferritina (validade: trimestral); IST (calculável pelo ferro sérico e pela capacidade total de ligação do ferro - validade: trimestral).

PACIENTES PEDIÁTRICOS ATÉ 18 ANOS

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

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. DRC nos estágios 3-5 (TFG <60 mL/min por 1,73m ²). |
| <input type="checkbox"/> | 2. Anemia com hemoglobina <10 g/dL. |
| <input type="checkbox"/> | 3. Ferritina <200 ng/mL e IST<20%. |

Anexar: Creatinina (semestral); hemoglobina (mensal); ferritina (trimestral); IST (trimestral).

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

____/____/____
Data