



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO
POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA**
Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 17, de 18 de novembro de 2020



Declaro, para os devidos fins de solicitação do medicamento **Sacubitril + Valsartana**, que o **(a) paciente** _____, preenche os critérios de inclusão abaixo:

Obrigatório preencher pelo menos UMA alternativa por item, como critério de inclusão do PCDT/MS:

1. Classificação funcional da New York Heart Association (NYHA):

- () NYHA I () NYHA III
() NYHA II () NYHA IV

2. O paciente encontra-se em tratamento otimizado?

- () Sim () Não

2.1 Tratamentos medicamentosos já utilizados e doses máximas utilizadas:

- () Enalapril - Dose máxima utilizada: _____;
() Captopril - Dose máxima utilizada: _____;
() Succinato de metoprolol - Dose máxima utilizada: _____;
() Carvedilol - Dose máxima utilizada: _____;
() Losartana - Dose máxima utilizada: _____;
() Hidralazina - Dose máxima utilizada: _____;
() Mononitrato de isossorbida - Dose utilizada: _____;
() Dinitrato de isossorbida - Dose utilizada: _____;
() Digoxina - Dose máxima utilizada: _____;
() Espironolactona - Dose máxima utilizada: _____;
() Furosemida - Dose máxima utilizada: _____;
() Hidroclorotiazida - Dose máxima utilizada: _____;
(_____) Outros:

2.2 Tratamento medicamentoso atual e doses utilizadas:

- () Enalapril - Dose utilizada: _____;
() Captopril - Dose utilizada: _____;
() Succinato de metoprolol - Dose utilizada: _____;
() Carvedilol - Dose utilizada: _____;
() Losartana - Dose utilizada: _____;
() Hidralazina - Dose utilizada: _____;
() Mononitrato de isossorbida - Dose utilizada: _____;
() Dinitrato de isossorbida - Dose utilizada: _____;
() Digoxina - Dose utilizada: _____;
() Sacubitril + valsartana - Dose utilizada: _____;
() Espironolactona - Dose utilizada: _____;
() Furosemida - Dose utilizada: _____;
() Hidroclorotiazida - Dose utilizada: _____;
() Outros: _____.

