



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
POR MEIO DO CEFAP/SC PARA O TRATAMENTO DE ASMA**  
Portaria Conjunta SAS/MS nº 32 de 20 de dezembro de 2023



Declaro, para os devidos fins que o (a) paciente declarado abaixo, preenche os critérios de inclusão para a utilização do(s) medicamento(s):

<b>1.)</b> Nome completo paciente:	
<b>2.)</b> Medicamento (descrição completa DCB/DCI dose e forma farmacêutica):	
<b>3.)</b> Medicamento (descrição completa DCB/DCI dose e forma farmacêutica):	

**4.)** Paciente deve apresentar **no mínimo um** sinal ou sintoma como critério de inclusão. Assinale os critérios que correspondem ao paciente:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chiado no peito;   | <input type="checkbox"/> Tiragem intercostal;                      |
| <input type="checkbox"/> Tempo expiratório prolongado;  | <input type="checkbox"/> Sibilos expiratórios à ausculta pulmonar; |
| <input type="checkbox"/> Rinite alérgica com hipertrofia de cornetos e sinais de dermatite atópica. |  |

**5.) Paciente MENOR que 5 anos de idade, paciente apresenta:**

- Sibilos frequentes** (4 episódios no ano anterior);
- Um fator de risco maior** (pais com asma ou criança com dermatite atópica);
- Ou dois fatores de risco menores** (rinite alérgica, eosinofilia ou sibilância).

**6.) Paciente MAIOR que 5 anos de idade deve anexar ESPIROMETRIA (validade 1 ano) com resultado de:**

- 6.1.) ATUALMENTE SEM TRATAMENTO** = VEF1/CVF inferior a 80% e laudo da espirometria apresentando **Distúrbio Ventilatório Obstrutivo OU Combinado/Misto antes** do teste com broncodilatador (**PRÉ-BD**);
- 6.2.) ATUALMENTE COM TRATAMENTO** = VEF1/CVF inferior ou superior a 80% **PRÉ-BD** e laudo da espirometria **Normal** ou apresentando **Distúrbio Ventilatório Obstrutivo ou Restritivo ou Combinado/Misto ou Inespecífico**; Espirometria Normal com Teste de Broncoprovocação **POSITIVO**.
  - 6.2.1.) Sim**, mesmo medicamento prescrito em Receita Médica
  - 6.2.2.) Não**, outro - Descreva: \_\_\_\_\_

**7.)** Preenchimento da Tabela apenas por Especialista: Pneumologista/Alergista/Pediatra(\*). Assinale os sintomas **SOMENTE** para pacientes com **ASMA PARCIALMENTE CONTROLADA OU NÃO CONTROLADA:**

*Preenchimento por Especialistas:	Sintomas Diurnos > 2 vezes/semana	Despertares noturnos	Medicamento de resgate > 2 vezes/semana	Limitação de atividades
Asma <b>PARCIALMENTE CONTROLADA</b> - Assinalar 1 a 2 sintomas (Pneumologista)				
Asma <b>NÃO CONTROLADA</b> - Assinalar 3 e 4 sintomas (Pneumologista/Alergista/Pediatra)				

8.) A **MONOTERAPIA** de Formoterol OU Budesonida **NÃO** é recomendada segundo PCDT/MS. Para solicitações **exclusivas** de Formoterol ou Budesonida, assinale:

- Paciente faz uso de Formoterol e necessita somente Budesonida visando associação; OU
- Paciente faz uso de Budesonida ou Beclometasona e necessita fornecimento apenas de Formoterol.

9.) **SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO OMALIZUMABE:**

Pacientes com **ASMA ALÉRGICA GRAVE NÃO CONTROLADA (REFRATÁRIA)**: Assinale os critérios apresentados pelo paciente:

- Espirometria dos últimos 12 meses evidenciando limitação ao fluxo de ar;
- Paciente com 6 anos de idade ou mais;
- Teve pelo menos, uma exacerbação grave no ano anterior com necessidade de curso de corticóide oral;
- Paciente faz uso de Omalizumabe.

9.1.) Peso: \_\_\_\_\_.

9.2.) Nível sérico total de IgE : \_\_\_\_\_.

9.3.) Descreva tratamento atual: Corticóide inalatório \_\_\_\_\_ (dose: \_\_\_\_\_ mcg/dia)

9.4.) Beta-2 agonista de longa duração: \_\_\_\_\_ (dose: \_\_\_\_\_ mcg/dia).

9.5.) Corticoide oral: \_\_\_\_\_ mg/dia.

9.6.) Outros: \_\_\_\_\_.

10.) **SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO MEPOLIZUMABE:**

Pacientes **adultos** com **ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE NÃO CONTROLADA (REFRATÁRIA)**: Assinale os critérios apresentados pelo paciente:

- Espirometria dos últimos 12 meses evidenciando limitação ao fluxo de ar;
- Teve pelo menos, uma exacerbação grave no ano anterior com necessidade de curso de corticóide oral;
- Paciente faz uso de Mepolizumabe.

10.1.) Contagem de Eosinófilos no sangue periférico: \_\_\_\_\_.

10.2.) Descreva tratamento atual: Corticoide inalatório: \_\_\_\_\_ (dose: \_\_\_\_\_ mcg/dia)

10.3.) Beta-2 agonista de longa duração: \_\_\_\_\_ (dose: \_\_\_\_\_ mcg/dia).

10.4.) Corticoide oral: \_\_\_\_\_ mg/dia.

10.5.) Outros: \_\_\_\_\_.

11.) **REAVLIAÇÃO ANUAL (MEPOLIZUMABE E OMALIZUMABE):** Preencher **após 12 meses de tratamento**.

Assinale qual a resposta ao tratamento apresentada pelo paciente:

- Asma controlada ou melhora escore do ACT  $\geq 3$  pontos e do ACQ  $\leq 0,5$ ;
- Diminuição do número de exacerbações;
- Redução da dose de corticoide oral diário em, pelo menos, 50% (asmáticos graves corticodependentes).

12.) \_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo médico (a)

13.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.  
Local e data