



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO
POR MEIO DO CEAFF/SC PARA O TRATAMENTO DE
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA**
Portaria Conjunta SAES/SECTICS/MS nº 10, de 13 de setembro de 2024



Declaro, para os devidos fins de solicitação do medicamento para o tratamento da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida, que o (a) paciente _____, preenche os critérios de inclusão abaixo:

Para a solicitação do medicamento SACUBITRIL + VALSARTANA:

1. Classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) (Assinalar apenas UMA classificação):

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

2. O paciente encontra-se em tratamento com a terapia padrão: IECA, ARA II, betabloqueadores, diuréticos e antagonista de receptor de mineralocorticoides? () Sim () Não

3. O paciente encontra-se sintomático? () Sim () Não

Se sim, quais sintomas apresenta? _____

Preencher os campos abaixo somente se paciente já está em uso do medicamento Sacubitril + Valsartana:

4. Data de início do tratamento com Sacubitril + Valsartana: _____.

4.1 O paciente encontrava-se sintomático? () Sim () Não

Se sim, quais sintomas apresentava? _____

Apenas para pacientes já em uso de Sacubitril + Valsartana, a apresentação do laudo exame comprobatório pode ser substituída pelo preenchimento dos dados abaixo pelo médico assistente:

4.2 Fração de ejeção prévia ao uso de Sacubitril + Valsartana:

Data: _____ Valor: _____.

4.3 Dosagem de peptídeos natriuréticos tipo B (BNP OU NT-ProBNP) prévios ao uso de Sacubitril + Valsartana (anexar exame, se possível):

() BNP OU () NT-ProBNP Data: _____ Valor: _____.

4.4 Histórico clínico e as respostas terapêuticas obtidas pelo paciente desde o início do tratamento:

Para a solicitação do medicamento DAPAGLIFLOZINA:

1. Classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) (Assinalar apenas UMA classificação):

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

2. O paciente encontra-se em tratamento com a terapia padrão: IECA, ARA II, betabloqueadores, diuréticos e antagonista de receptor de mineralocorticoides? () Sim () Não

3. O paciente encontra-se sintomático? () Sim () Não

Se sim, quais sintomas apresenta? _____

Preencher os campos abaixo somente se paciente já está em uso do medicamento Dapagliflozina:

4. Data de início do tratamento com Dapagliflozina: _____.

4.1 O paciente encontrava-se sintomático? () Sim () Não

Se sim, quais sintomas apresentava? _____

Apenas para pacientes já em uso de Dapagliflozina, a apresentação do laudo exame comprobatório **pode ser substituída** pelo preenchimento dos dados abaixo pelo médico assistente:

4.2 Fração de ejeção prévia ao uso de Dapagliflozina:

Data: _____ Valor: _____.

4.3 Histórico clínico e as respostas terapêuticas obtidas pelo paciente desde o início do tratamento:

Assinatura e carimbo médico(a)

_____, ____/____/____.
Local e data