



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO  
POR MEIO DO CEF/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** (nome completo) \_\_\_\_\_, nome social (quando aplicável) \_\_\_\_\_ com idade \_\_\_\_\_ anos, preenche os critérios de inclusão abaixo:

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 o paciente já está em uso do medicamento*

**Para a solicitação do medicamento**

**SACUBITRIL + VALSARTANA:**

**Anexo obrigatório: FE + BNP ou ProBNP (atual)**

**Para a solicitação do medicamento**

**DAPAGLIFLOZINA:**

**Anexo obrigatório: FE (atual)**

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

4.1 O paciente encontrava-se sintomático? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, quais sintomas apresentava? \_\_\_\_\_

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 Sacubitril + Valsartana, a apresentação do laudo exame comprobatório **pode ser substituída** pelo preenchimento dos dados abaixo pelo médico assistente (dados anteriores ao tratamento com S+V):*

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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*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 (dados anteriores ao tratamento com DAPA):*

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