



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEAFF/SC PARA O TRATAMENTO DE ANEMIA HEMOLÍTICA
AUTOIMUNE



Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 7 de junho de 2025

Declaro, para os devidos fins que o paciente* _____, apresenta os critérios de inclusão abaixo e não apresenta critérios de exclusão.

1. Critérios de inclusão apresentados pelo paciente **(anexar exames comprobatórios)*:**

- () Anemia moderada ou grave (Hb abaixo de 10 g/dl, para uso de **imunoglobulina: Hb abaixo de 7 g/dl**);
- () Teste de Coombs direto positivo;
- () Teste de Coombs direto negativo;
- () Hemólise demonstrada por reticulocitose ou aumento de desidrogenase láctica ou aumento de bilirrubinas ou redução da haptoglobina.

2. No diagnóstico de Anemia Hemolítica Autoimune qual **identificação do subtipo** que o paciente apresentou? **(anexar exames comprobatórios)*:**

- () Para AHAI quente: detecção do anticorpo ligado por anti-IgG ou IgG+/C3d+ (teste de Coombs positivo);
- () Para AHAI quente com teste de Coombs negativo: soro monoespecífico anti-IgA;
- () Para AHAI fria (doença das aglutininas a frio): detecção do complemento ligado por anti-C3d e pesquisa de crioglobulinas positiva com títulos acima de 1:40;
- () Hemoglobinúria paroxística a frio (anticorpo ligado por anti-IgG, com teste de Donath-Landsteiner positivo).

3. Informar quais tratamentos foram utilizados previamente e o tempo de uso dos respectivos medicamentos*:

- () Corticoide - Tempo de uso: _____
- () Transfusão de sangue realizada nos últimos 30 dias - Quantas bolsas: _____
- () Esplenomegalia. Se não realizou, apresenta contra-indicação? () Sim () Não
- () Ciclofosfamida - Tempo de uso: _____
- () Ciclosporina - Tempo de uso: _____
- () Imunoglobulina Humana - Quantos ciclos já realizou e quando foi a última aplicação: _____

4. Informar quais os sintomas clínicos apresentados pelo paciente*:

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)*

Local e data*

*Campos de preenchimento OBRIGATÓRIO