



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



Portaria SAS/MS nº 27 – 26/11/2018

Declaro, para os devidos fins que o paciente\* \_\_\_\_\_, apresenta os **todos** 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;
- ( ) Hemólise demonstrada por reticulocitose ou aumento de desidrogenase láctica ou redução da haptoglobina.

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

- ( ) Anemia por anticorpos quentes (detecção do anticorpo ligado por anti-IgG ou anti-IgA);
- ( ) Doença das aglutininas a frio - crioaglutininas (complemento ligado por anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas positiva com títulos superiores a 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