



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
ATRAVÉS DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE DISLIPIDEMIA  
PORTARIA SAS/MS Nº 08 DE 30/07/2019**



Declaro para os devidos fins de solicitação de medicamentos para tratamento da Dislipidemia, que o(a) usuário(a) \_\_\_\_\_  
**preenche pelo menos um dos critérios de inclusão para o(s) medicamento(s) solicitado(s):**

**ATORVASTATINA / PRAVASTATINA**

<b>Assinalar no mínimo uma alternativa como critério de inclusão</b>	
1- Portador de Diabete melito E Tabagista para pessoa do sexo masculino maior que 45 anos ou sexo feminino maior que 50 anos de idade;	
2- Portador de Diabete melito E Hipertensão arterial sistêmica para pessoa do sexo masculino maior que 45 anos ou sexo feminino maior que 50 anos de idade;	
3- Portador de Diabete melito para pessoa do sexo masculino maior que 45 anos ou sexo feminino maior que 50 anos de idade E história familiar em parente de primeiro grau de DAC precoce (antes dos 55 anos para pessoas do sexo masculino ou, antes dos 65 anos para sexo feminino);	
4- Escore de Risco de Framingham <b>DETALHADO</b> com risco superior a 10% em 10 anos - <b>Anexar Escore com resultado detalhado, datado, carimbado e assinado pelo médico;</b>	
5- Diagnóstico <b>DEFINITIVO</b> de Hiperlipidemia Familiar - <b>Anexar Formulário de Critérios Diagnósticos preenchido;</b>	
6- Infarto agudo do miocárdio ou revascularização miocárdica prévios;	
7- Evidência de doença arterial coronariana por cineangiocoronariografia - <b>Anexar exame;</b>	
8- Angina com evidência objetiva de isquemia miocárdica demonstrada por teste provocativo - <b>Anexar exame, por exemplo: ergometria, cintilografia miocárdica ou ecocardiografia de estresse;</b>	
9- Isquemia cerebral em exames de imagem - <b>Anexar tomografia computadorizada ou ressonância nuclear de encéfalo;</b>	
10- História de acidente isquêmico transitório com evidência de aterosclerose em território carotídeo à ultrassonografia ou arteriografia ou endarterectomia prévia - <b>Anexar exame;</b>	
11- Evidência de doença arterial periférica manifestada por claudicação intermitente ou história de revascularização.	
12- <b>Casos especiais:</b> paciente em uso de medicamentos antirretrovirais.	

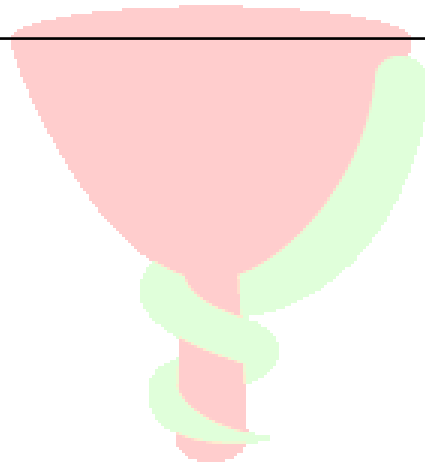
**GENFIBROZILA**

<b>Assinalar uma alternativa como critério de inclusão</b>	
1- Paciente refratário ou intolerante ao tratamento com estatinas e com triglicerídeos acima de 200mg/dL, HDL inferior a 40mg/dL, refratários a tratamento dietético por pelo menos 3 meses e com confirmação laboratorial - <b>Anexar pelo menos 2 determinações de cada exame com 2 semanas de intervalo;</b>	
2- Paciente refratário ou intolerante ao tratamento com estatinas e com triglicerídeos acima de 500mg/dL (objetivando prevenção de pancreatite).	

*\*Genfibrozila não pode ser usada em associação com estatinas pelo risco de rabdomiólise.*

**BEZAFIBRATO / CIPROFIBRATO**

Paciente com triglicerídeos acima de 500 mg/dL ( <b>anexar exame comprobatório, validade indeterminada</b> ).	
---	--



**DIAF**  
Diretoria de Assistência  
Farmacêutica

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

\_\_\_\_\_  
Data