

PROTOCOLO SIMPLIFICADO PARA DISPENSAÇÃO DO CARVEDILOL

PARA ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO

Apresentações/dosagens do medicamento Carvedilol:

() comprimido de 3,25mg ou 6,25mg ou 12,5mg ou 25mg

Critérios de Inclusão: medicamento disponibilizado pelo município através de processo administrativo, conforme especificações do CID 10:

() I50: Insuficiência Cardíaca

() I50.1: Insuficiência Ventricular Esquerda

() I50.9: Insuficiência Cardíaca Não especificada

() I25: Doença Isquêmica Crônica do Coração

() Outros: conforme recomendação do processo administrativo

Formulário e Prescrição Inicial: poderão ser redigidas pelo médico da UBS

Anexos obrigatórios:

() Formulário para solicitação de Carvedilol (original)

() Prescrição médica (original e cópia)

() Registro em prontuário do atendimento pelo cardiologista **ou** registro de encaminhamento para cardiologista (quando o formulário for preenchido por clínico geral ou outro especialista) **ou** laudos de exames que comprovem a ICC.

Demais documentos necessários para abertura de processo administrativo:

() Identidade

() CPF

() Comprovante de residência

() Cartão do SUS

PARA RENOVAÇÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO

Anexos obrigatórios:

() Formulário para renovação de Carvedilol (original)

() Prescrição médica (original e cópia)

Demais documentos necessários para renovação de processo administrativo:

() Comprovante de residência

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CARVEDILOL**DADOS PREENCHIDOS PELO PACIENTE/ UNIDADE SOLICITANTE****1. Dados do Paciente**

Nº. do Prontuário* _____ Cartão SUS* _____

Nome completo e por extenso* _____

Data de Nascimento*: ____/____/____

Sexo*: Feminino MasculinoEndereço residencial* (Rua, nº, complemento) _____

CEP*: _____ - _____

Município*: _____

Telefones*: _____

Nome da Mãe* _____

2. Unidade Solicitante*:**DADOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO****3. Dados da Doença e do Medicamento Solicitado**Doença*: _____ CID 10*: _____

Medicamento 1 (Nome Genérico)* _____

Forma Farmacêutica* _____ Concentração* _____ Posologia*: _____

Quantidade mensal*: _____ unidades Duração do tratamento*: _____ meses

4. Anamnese**5. Classificação funcional NYHA**:**

a. () NYHA CLASSE I

b. () NYHA CLASSE II

c. () NYHA CLASSE III

d. () NYHA CLASSE IV

6. Dados do Médico Prescritor

Nome completo e por extenso*: _____

CRM/SC* _____ Especialidade* _____

Campos de preenchimento obrigatórios**Classe I - ausência de sintomas (dispnéia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais; Classe II - sintomas desencadeados por atividades cotidianas; Classe III - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços; Classe IV - sintomas em repouso.*

Assinatura e carimbo médico prescritor

Data*: __/__/__