

ANEXO II

**FDC - Formulário para Dispensação do Clopidogrel 75mg Pós Alta Hospitalar**

Conforme a PORTARIA GM/MS Nº 2.994, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2011, que aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o medicamento CLOPIDOGREL 75 MG é um inibidor da agregação plaquetária usado como profilaxia de trombozes em prótese intraluminal, no tratamento clínico de paciente submetido à angioplastia coronariana. **Diante da necessidade de continuação do tratamento, o estabelecimento hospitalar deverá entregar, no dia da alta, 30 (trinta) comprimidos ao paciente:**

“Art. 4º Garantir, na alta hospitalar, a continuidade do uso da medicação clopidogrel (75 mg) para que o paciente faça uso diário por trinta (30) dias da referida medicação, conforme protocolo clínico supracitado.

Parágrafo único. A medicação clopidogrel será fornecida pelo hospital quando da internação do paciente, conforme protocolo clínico, e o hospital deverá fornecê-la ao paciente por mais 30 dias da alta, até que seja adquirido pelo componente especial da assistência farmacêutica (CEAF).”

**“Tempo de Tratamento e os Critérios de Interrupção do Tratamento são:**

- IAMSSST – Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST:
  - Clopidogrel 75mg/dia por 9 meses;
  - Caso o paciente apresente risco de sangramento aumentado, o clopidogrel deve ser mantido por, no mínimo, 4 semanas.
- IAMCSSST – Infarto Agudo do Mmiocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST:
  - Pacientes não submetidos à intervenção coronária percutânea (com ou sem terapia fibrinolítica), manter clopidogrel 75 mg por, no mínimo, 4 semanas, podendo se estender por 9 meses;
  - Pacientes com implante de stent (convencional ou farmacológico), manter clopidogrel 75 mg por 9 meses.”

O (A) Paciente \_\_\_\_\_ esteve internado(a) neste Hospital no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Teve alta hospitalar no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Está indicado o medicamento Clopidogrel 75 mg para o tratamento de \_\_\_\_\_, CID 10 \_\_\_\_\_, conforme receita anexa, para o período de:

[ ] 1 mês      [ ] 9 meses

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura e carimbo do médico: \_\_\_\_\_