Diretoria Geral de Atenção Especializada
Coordenadoria Geral de Assistência Farmacêutica
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO
ASMA GRAVE

BUDESONIDA, FORMOTEROL, FORMOTEROL+BUDESONIDA, OMALIZUMABE E MEPOLIZUMABE
J45.0, J45, J45.8

☐ Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico especialista para a patologia em questão.
Obs.: **TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS**!

☐ **Receita Médica**, contendo o nome do medicamento (Denominação Comum Brasileira = nome genérico), sua apresentação, forma de administração, dosagem diária e data.

☐ **Cópia** de **Exames** complementares mais recentes que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico:

PARA TODOS OS MEDICAMENTOS:

- Espirometria com laudo (a partir dos 5 anos de idade);
- Teste de broncoprovocação (à critério médico-confirmação diagnóstica de espirometria normal)
- Relatório médico com informações a respeito dos sinais, sintomas, história familiar e medicamentos já utilizados.

PARA OMALIZUMABE E MEPOLIZUMABE:

- Relatório médico constando informações a respeito de quadro de Asma grave (Etapas IV e V): é definida como aquela que necessita, para manter o seu controle, dose média/alta de Corticóide inalatório ou corticoterapia oral para manter a doença controlada ou que, apesar desse tratamento, permanece não controlada. Informar medicamentos já utilizados (CI+LABA). Uma exacerbação grave no ano anterior com necessidade de curso de corticoide oral

Somente para Omalizumabe:

- Teste alérgico cutâneo ou dosagem de IgE específica e dosagem de IgE sérica total.

Somente para Mepolizumabe:

- Dosagem de eosinófilo no sangue periférico.

☐ **Cópia dos Documentos Pessoais** do paciente: **R.G.** e **Cartão do SUS**. Cópia dos documentos pessoais do responsável pelo recebimento do medicamento, caso o paciente esteja impossibilitado de fazê-lo.

☐ **Cópia do comprovante de residência** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente semelhante ao endereço anotado no Laudo Médico, ou uma Declaração de Residência.

☐ Via **original** do **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** e demais documentos exigidos pelos Protocolos Técnicos do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.

PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GENÉRICO DO(S) MEDICAMENTO(S)

Qualquer solicitação de medicamentos deverá estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013, e suas atualizações futuras, não sendo aceito