

Superintendência de Relações Intersecretoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO **INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO** **REDUZIDA**

SACUBITRIL + VALSARTANA E DAPAGLIFLOZINA
150.0, 150.1, 150.9

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).
2. **RECEITA MÉDICA**, contendo o nome do medicamento (DCB = nome genérico), apresentação, dosagem, posologia e data, prescrita pelo cardiologista.
3. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** Via **original**
4. **CÓPIA DE EXAMES** complementares recentes que confirmem o diagnóstico:
Para Sacubitril+Valsartana:
 - ✓ Laudo do Ecocardiograma contendo valor de fração de ejeção ventricular esquerda.
 - ✓ Dosagem de peptídeos natriuréticos tipo B (BNP e/ou NT-proBNP) ou relatório médico justificando a ausência do exame.
 - ✓ Determinação de filtração glomerular.
 - ✓ Relatório médico informando sintomas, tratamento atual e anterior e classe funcional da New York Heart Association
 - ✓ Para pacientes em **uso prévio** do medicamento sacubitril+valsartana o médico prescritor, deverá justificar em relatório médico específico, as condições clínicas e laboratoriais do paciente, considerando que os exames laboratoriais de critérios de inclusão estarão demonstrando estabilidade clínica (anexar exames prévios ao início do tratamento).
Para Dapagliflozina:
 - ✓ Laudo de ecocardiografia contendo valor da fração de ejeção ventricular esquerda
 - ✓ Relatório médico informando sintomas, tratamento atual e anterior e classe funcional da New York Heart Association (NYHA).
5. **CÓPIA DE DOCUMENTOS** do paciente: **R.G, CPF e Cartão do SUS**.
Cópia dos documentos pessoais do responsável legal e curatela, caso o paciente seja incapaz ou menor.
6. **CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente.

- **LAUDO MÉDICO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS LME:**

Todos os campos deverão estar preenchidos.

Utilizar nome genérico do (s) medicamento(s)- não serão protocolados pedidos identificados pelo nome comercial.

Todas as solicitações de medicamentos deverão estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013 e suas atualizações.

Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas.