

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

FORMULÁRIO DE ACESSO - SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO**PORTARIA CONJUNTA Nº 22, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2022**

Nome do Paciente: _____	Data do atendimento: ____ / ____ / ____
Médico Responsável: _____	CRM: _____ UF: _____

1. DIAGNÓSTICO: _____ CID-10 _____

2. CRITÉRIOS MORFOLÓGICOS OU CITOGENÉTICOS MÍNIMOS PARA SMD?☐ SIM☐ NÃO**3. QUAL O MEDICAMENTO SOLICITADO:**☐ Alfaepoetina 10.000 UI injetável☐ Filgrastim 300 microgramas (mcg) injetável

4. EVOLUÇÃO CLÍNICA (informar características clínicas e evolução da doença, sintomas, histórico pessoal, familiar, nutricional, ambiental ou ocupacional), informar também, tratamento prévio e atual: não medicamentoso e medicamentoso.

5. QUAIS OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO O PACIENTE APRESENTA?

5.1 Informar Escore Prognóstico (IPSS ou IPSS-R):- IPSS (Sistema Internacional de Escore Prognóstico): Assinalar com um X:

☐ Baixo☐ Intermediário 1☐ Intermediário 2☐ Alto risco

- IPSS-R (Sistema Internacional de Escore Prognóstico Revisado)

Pontuação: _____

☐ Muito baixo☐ Baixo☐ Intermediário☐ Alto ou muito alto

5.2 Informar classificação da Síndrome Mielodisplásica (OMS), Assinalar com um X:

☐ SMD com displasia de única linhagem (SMD-DUL)☐ SMD com displasia de múltiplas linhagens (SMD-DML)☐ SMD-SA: com DUL ou DML☐ SMD com deleção 5q☐ SMD com excesso de blastos (SMD-EB): tipo 1 e tipo 2☐ SMD não classificada (SMD-NC): com 1% de blastos, com DUL e pancitopenia, baseada em alterações citogenéticas específicas.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

6. INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DESSAS CONDIÇÕES:

- ☐ Deficiências nutricionais;
- ☐ Infecção por vírus HIV;
- ☐ Hepatites B ou C;
- ☐ Infecção por citomegalovírus;
- ☐ Doenças autoimunes;
- ☐ Doenças renais;
- ☐ Doença hepáticas;
- ☐ Hipotireoidismo;
- ☐ Neoplasias;
- ☐ Doenças de medula óssea;
- ☐ Outras falências medulares;
- ☐ Gravidez ou situação potencial de gravidez;
- ☐ Amamentação;
- ☐ Neuropatia periférica grau II ou maior.

☐ Declaro que, durante a avaliação clínico-laboratorial, foi realizado diagnóstico diferencial criterioso e foram excluídas as outras causas de citopenia de exclusão obrigatória segundo PCDT: deficiências nutricionais, infecção por vírus do HIV, hepatites B e C, CMV, doenças autoimunes, hepática e renal, hipotireoidismo, anemia aplástica, neoplasias e uso de medicamentos.

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)