

**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 - HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA
ECULIZUMABE****PORTARIA CONJUNTA Nº 18, DE 20 DE NOVEMBRO DE 2019**

Nome do Paciente:		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
CID-10:	Data do preenchimento:	/ /

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA

HISTÓRIA CLÍNICA RECENTE	
POPULAÇÃO DE PACIENTES COM MAIOR RISCO DE HPN	
Teste de Combos negativo, especialmente em pacientes com deficiência de íons, ou	() Sim () Não
Hemoglobinúria (ou hematúria), ou	() Sim () Não
Anemia Aplástica, ou	() Sim () Não
AR SMD Anemia Refratária – Síndromes Mielodisplásicas, ou	() Sim () Não
Trombose não explicada, ou	() Sim () Não
Citopenia não explicada	() Sim () Não
Paciente realizou transfusão nos últimos 06 (seis) meses?	
() Sim () Não	
Se Sim, informar a quantidade de infusões: _____	
Qualquer evidência de hemólise (intervalos de referência incluídos nos parênteses):	
LDH $\geq$ 1,5 vezes o limite superior (Parâmetros laboratoriais), ou ____ UI/L (anexar exame)	
Baixos níveis de heptoglobina (Parâmetros laboratoriais), ou ____ mg/dl (anexar exame)	
Contagem elevada de reticulócitos (Parâmetros laboratoriais), ou ____ % (anexar exame)	
Bilirrubina elevada (Parâmetros laboratoriais), ou ____ mg/dl (anexar exame)	
Quaisquer sinais de disfunção renal (intervalos de referência incluídos no parêntese):	
Proteinúria (Parâmetros laboratoriais), ou ____ mg/g (anexar exame)	
Baixa de TFG e (Parâmetros laboratoriais), ou ____ mL/min/1,73m ² (anexar exame)	
Creatinina sérica Elevada (Parâmetros laboratoriais) ____ mg/dl (anexar exame)	
Evidência de Comorbidades de HPN (intervalos de referência incluídos nos parênteses)	
Baixa contagem de plaquetas (Parâmetros laboratoriais), ou ____ uL (anexar exame)	
Dímero D elevado (Parâmetros laboratoriais), ou ____ ng/ml (anexar exame)	
NT-proBNP elevado (valores de referência variam com sexo e a idade), ou ____ pg/m (anexar exame)	
Pressão arterial pulmonar elevada (>25 mmHg), ou ____ mmHg (anexar exame)	
Outros sintomas associados com HPN que devem elevar o grau de suspeita:	
Dor abdominal	() Sim () Não
Dor no peito	() Sim () Não
Dispneia	() Sim () Não
Cansaço	() Sim () Não
Qualidade de vida prejudicada	() Sim () Não
Anemia	() Sim () Não
Disfagia	() Sim () Não



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

O paciente apresenta algum dos Critérios de Inclusão para o tratamento com Eculizumabe abaixo relacionados? Assinalar.

Apresenta HPN na sua apresentação hemolítica e comprovação de alta atividade da doença? Sim () Não ()

Apresenta Lactato Desidrogrenase (LDH) $\geq 1,5$ vez o limite superior e tamanho do clone $> 10\%$, além de um dos critérios abaixo? Sim () Não ()

Assinalar o critério apresentado pelo paciente:

() Histórico de evento tromboembólico com necessidade de anticoagulação terapêutica (comprovado por exame de imagem), após afastadas outras causas de trombofilia adquiridas mais comuns, como síndrome de anticorpo antifosfolípide (SAAF) e neoplasia;

() Anemia crônica demonstrada por mais de uma medida de hemoglobina ≤ 7 mg/dL ou por mais de uma medida de hemoglobina ≤ 10 mg/dL com sintomas concomitantes de anemia, em que outras causas além da HPN foram excluídas;

() Hipertensão arterial pulmonar, evidenciada por ecocardiograma com PSAP > 35 , em que outras causas além da HPN foram excluídas;

() História de insuficiência renal, demonstrada por uma taxa de filtração glomerular ≤ 60 mL/min/1,73 m², em que outras causas além da HPN foram excluídas; ou

() Gestação, evidenciada por beta-HCG > 6 mUI/mL, com história prévia de intercorrência gestacional.

O paciente apresenta algum dos Critérios de Exclusão para o uso do Eculizumabe?

Sim () Não ()

() Pacientes com diagnóstico de HPN subclínica; ou

() Pacientes com diagnóstico de HPN concomitante a síndrome de falência medular grave ativa (anemia aplástica com dois ou mais dos seguintes marcadores: contagem de neutrófilos abaixo de $0,5 \times 10^9$ /L, contagem de plaquetas abaixo de 20×10^9 /L, reticulócitos abaixo de 25×10^9 /L).

**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

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Preocupações adicionais	Nenhum pouco 0()	Um pouco 1()	Mais ou menos 2()	Muito 3()	Muitíssimo 4()
Sinto me fadigado/a	0()	1()	2()	3()	4()
Sinto fraqueza generalizada	0()	1()	2()	3()	4()
Sinto-me sem forças(sem vontade para nada)	0()	1()	2()	3()	4()
Sinto-me cansado/a	0()	1()	2()	3()	4()
Tenho dificuldade de começar as coisas porque estou cansado/a	0()	1()	2()	3()	4()
Tenho dificuldade de terminar as coisas porque estou cansado/a	0()	1()	2()	3()	4()
Tenho energia	0()	1()	2()	3()	4()
Sou capaz de fazer as minhas atividades habituais	0()	1()	2()	3()	4()
Preciso dormir durante o dia	0()	1()	2()	3()	4()
Estou cansado/a demais para comer	0()	1()	2()	3()	4()
Preciso de ajuda para fazer minhas atividades habituais	0()	1()	2()	3()	4()
Estou frustrado/a por estar cansado/a demais para fazer as coisas que quero	0()	1()	2()	3()	4()
Tenho que limitar minhas atividades sociais por estar cansado/a	0()	1()	2()	3()	4()

Declaro que todas as informações são verdadeiras.

Assinatura e carimbo do médico do paciente