

**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. Paciente apresenta 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(a) paciente apresenta?**5.1 Informar Escore Prognóstico da 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.

7. () 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)