

**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 DE FALÊNCIA MEDULAR**PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2022**

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

1. Qual diagnóstico do(a) paciente?

- ☐ Anemia Aplástica (AA)
☐ Aplasia Pura de Série Vermelha (APSV)
☐ Neutropenia Congênita Grave

2. Caso não esteja detalhado no campo nº 11 do LME (anamnese), solicito informar história clínica do(a) paciente, sinais e sintomas, tratamentos realizados, entre outros:

3. Para Anemia Aplástica (AA):**3.1 Qual a classificação da AA do(a) paciente?**

Comprovação obrigatória através de exames.

- ☐ Moderada (paciente apresenta os critérios para a AA mas não preenche os critérios para a AA grave).
☐ Grave (medula óssea com celularidade menor que 30% e duas ou mais das seguintes citopenias: contagem de reticulócitos abaixo de 60.000/ μ L (em contagem automatizada) ou abaixo de 20.000/ μ L (contagem manual); contagem de neutrófilos abaixo de 500/ μ L ou contagem de plaquetas abaixo de 20.000/ μ L).
☐ Muito grave (contagem de neutrófilos abaixo de 200/ μ L).

3.2 Responder as seguintes perguntas:

Paciente possui capacidade funcional reduzida?	☐ Sim ☐ Não
Paciente possui doador HLA idêntico na família?	☐ Sim ☐ Não
Paciente necessita de transfusão significativa?	☐ Sim ☐ Não
Paciente faz uso frequente de antibióticos?	☐ Sim ☐ Não
Para uso de Filgrastim, paciente está com infecção grave e em tratamento com antimicrobiano?	☐ Sim ☐ Não

3.3 Caso o paciente NÃO possua doador HLA idêntico na família, informar sobre o uso de imunoglobulina antitimocítica do(a) paciente:

- ☐ Está em uso.
☐ Iniciará uso junto com ciclosporina + eltrombopague.
☐ Não utiliza ou possui contraindicação. Detalhar: _____

**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

4. Para Aplasia Pura de Série Vermelha (APSV):**4.1 Paciente possui anemia normocítica e normocrômica?**☐ Sim ☐ Não**4.2 Qual(is) o(s) medicamento(s) já utilizado(s) pelo(a) paciente para tratar APSV?***Informar também se houve melhora adequada ou não com uso do medicamento.*

MEDICAMENTO	JÁ UTILIZOU?	HOVE RESPOSTA ADEQUADA?
Prednisona	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Ciclosporina	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Ciclofosfamida	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

5. Para Neutropenia Congênita Grave:**5.1 Qual Neutropenia o paciente apresenta?**☐ Neutropenia congênita grave☐ Neutropenia cíclica

5.2 Para o uso do medicamento foi considerado a avaliação de risco global do paciente, incluindo contagem de neutrófilos; condições relacionadas ao paciente (fatores de risco): idade, presença de comorbidades; condições clínicas significativas, história de radioterapia ou quimioterapia prévias; doença de base; toxicidade do tratamento; e intenção do tratamento (curativo ou paliativo)?

☐ Sim ☐ Não

Declaro, para os devidos fins, que o(a) paciente não apresenta critérios de exclusão, não apresenta contraindicações ao uso do medicamento solicitado e satisfaz os critérios de inclusão, conforme PCDT.

Carimbo e assinatura do médico