

**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 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA
PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 10, DE 13 DE SETEMBRO DE 2024****Nome do Paciente:****Médico Responsável:****CRM:****UF:****CID-10:****Data do preenchimento:** / /

Declaro, para os devidos fins de solicitação dos medicamentos Sacubitril + Valsartana e/ou Dapagliflozina, que o paciente preenche os critérios de inclusão abaixo.

Obrigatório preencher pelo menos UMA alternativa por item, como critério de inclusão do PCDT/MS.

1. Classificação funcional da New York Heart Association (NYHA):

() NYHA I () NYHA II () NYHA III () NYHA IV

2. Para uso do Sacubitril/valsartana:**2.1 O paciente encontra-se em tratamento otimizado?**

() Sim () Não

2.2 Tratamento medicamentoso utilizada (marcar com um X):

() Captopril () Enalapril () Carvedilol () Isossorbida, mono ou dinitrato

() Espironolactona () Furosemida () Losartana () Metoprolol, succinato

() Hidroclorotiazida () Sacubitril/valsartana () Outros: _____

2.3 O paciente encontra-se sintomático (marcar com um X)?

() Sim () Não

2.4 Quais os sintomas apresentados antes do início do Sacubitril + Valsartana?

() Dispneia aos esforços;

() Sinais de congestão;

() Piora clínica com internações recentes;

() Outros. Quais? _____.

2.5 Fração de ejeção prévia ao uso de Sacubitril + Valsartana (anexar exame com

FE ≤ 35%): Data: ____/____/____. Valor: _____.

2.6 Dosagem de peptídeos natriuréticos tipo B (BNP OU NT-ProBNP) prévios ao uso de

Sacubitril + Valsartana (anexar exame): () BNP OU () NT-ProBNP

Data: ____/____/____ Valor: _____.

2.7 Preencher os campos a seguir APENAS PARA PACIENTES JÁ EM USO do medicamento Sacubitril + Valsartana (marcar com um X).

Qual a dosagem e a data do início do tratamento do medicamento Sacubitril + Valsartana já utilizada?

() Sacubitril + Valsartana 50 mg, Data do início do tratamento: ____/____/____

() Sacubitril + Valsartana 100mg, Data do início do tratamento: ____/____/____

() Sacubitril + Valsartana 200mg, Data do início do tratamento: ____/____/____



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

3.0 Para uso da Dapagliflozina:

3.1 Paciente já faz uso do medicamento?

(☐) Sim (☐) Não

3.2 Quais dos critérios de inclusão o paciente apresenta? Marcar com um X.

(☐) Apresenta Idade igual ou acima de 18 anos;

(☐) Apresenta Fração de ejeção reduzida (< 40%);

(☐) Apresentar sintomas como dispneia aos esforços, sinais de congestão, piora clínica com internações recentes.

4. Declaro ter orientado e informado o(a) paciente que em casos de alterações da função renal, apresentada por exames laboratoriais fora dos parâmetros, decidiremos a respeito do risco benefício diante da terapia proposta.

Informe ao paciente que a bula do Sacubitril/valsartana: informa que este medicamento afeta o sistema renina- angiotensinab-baldosterona, e por isso, o Entresto(Sacubitril/valsartana) pode elevar os níveis de ureia sanguínea e creatinina sérica em pacientes com estenose da artéria renal bilateral ou unilateral. É necessário cuidado no uso em pacientes com estenose da artéria renal, e é recomendado o monitoramento da função renal.

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

CrITÉRIOS de Boston para classificação da probabilidade de desenvolver IC

Nome do(a) paciente: _____

História		
Dispneia em repouso	4	()
Ortopneia	4	()
Dispneia paroxística noturna	3	()
Dispneia ao caminhar em terreno plano	2	()
Dispneia ao caminhar em terreno inclinado	1	()
Exame físico		
Frequência cardíaca entre 91-110 bpm	1	()
Frequência cardíaca maior que 110 bpm	2	()
Turgência venosa jugular	2	()
Turgência venosa jugular + hepatomegalia ou edema	3	()
Creptações pulmonares basais	1	()
Creptações pulmonares além das bases pulmonares	2	()
Sibilos	3	()
Terceira bulha (ritmo de galope)	3	()
Radiografia de tórax		
Edema pulmonar alveolar	4	()
Edema pulmonar intersticial	3	()
Efusão (derrame) pleural bilateral	3	()
Índice cardiotorácico maior que 0,50	3	()
Redistribuição do fluxo para ápices pulmonares	2	()
TOTAL	()	

Não são permitidos mais do que quatro pontos em cada uma das categorias.**De acordo com a soma dos escores: < 4 pontos – diagnóstico de IC improvável; 5-7 pontos – diagnóstico de IC possível; 8-12 pontos – diagnóstico de IC definitivo.**

**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

Critérios de Framingham para diagnóstico de IC

Nome do(a) paciente: _____

Critérios maiores	
Dispneia paroxística noturna	()
Turgência jugular	()
Cardiomegalia à radiografia de tórax	()
Edema agudo de pulmão	()
Terceira bulha (ritmo de galope)	()
Aumento da pressão venosa central (> 16 cm H ₂ O no átrio direito)	()
Refluxo hepatojugular	()
Perda de peso > 4,5 kg em 5 dias em resposta ao tratamento	()
Critérios menores	
Edema de tornozelos bilateral	()
Tosse noturna	()
Dispneia a esforços ordinários	()
Hepatomegalia	()
Derrame pleural	()
Diminuição da capacidade funcional em um terço da máxima registrada previamente	()
Taquicardia (FC > 120 bpm)	()

Declaro para os devidos fins, que todas as informações prestadas são verdadeiras, e 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 da patologia.

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)