**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 NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

## PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 87, DE 15 DE OUTUBRO DE 2026.

**Nome do Paciente:**_____

**Médico Responsável:**_____ **CRM:**_____**UF:**_____

**CID-10:**_____ **Data do preenchimento:**_____/_____/_____

**1. Classificar paciente de acordo com a resposta ao tratamento:**

( ) Tratamento inicial.
( ) Recidivas frequentes em altas doses/dependência de corticosteroide.
( ) Síndrome nefrótica resistente ao corticosteroide **(anexar biópsia renal).**
( ) Paciente em remissão completa com o uso de corticoides mas apresenta efeitos adversos.
( ) Paciente em remissão parcial ao uso de corticoides.

**2. Selecionar, dentre os critérios listados, aqueles que o paciente apresenta (anexar exame laboratorial que comprove):**

( ) Proteinúria acima de 50 mg/kg/dia ou acima de 40 mg/m2 /h ou acima de 3,5 g/24 h/1,73 m2 ou índice proteinúria/creatininúria (IPC) acima de 2,0.
( ) Albumina sérica abaixo de 2,5 g/dL.
( ) Colesterol total igual ou acima de 240 mg/dL ou triglicerídeos igual ou acima 200 mg/dL.

**3. Informe se o paciente faz ou fez uso recente dos seguintes medicamentos:**

- Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)
- Sais de ouro
- Penicilamina
- Captopril

( ) Sem uso recente dos medicamentos acima.

( ) Uso recente – especificar: _____

**4. Critérios Excludentes – Causas Secundárias:**

( ) HBsAg – Negativo
( ) Anti-HCV – Negativo
( ) Fator antinuclear (FAN) – Negativo
( ) Sorologia para toxoplasmose – Negativa
( ) Anti-HIV – Negativo

_____
Assinatura e carimbo do médico