



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TELÊMACO BORBA - PARANÁ

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

INFORME TÉCNICO: ORIENTAÇÕES PARA O PROGRAMA PARANÁ SEM DOR (PRSDOR)

O Estado do Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, disponibiliza, através do Programa Paraná sem Dor, um elenco de medicamentos estabelecido com base na escala analgésica da Organização Mundial da Saúde.

Atualmente, no município de Telêmaco Borba, há 2 (dois) pontos de dispensação desses medicamentos: a Farmácia Central e a Farmácia Distrital Área II.

Medicamentos disponibilizados:

MEDICAMENTO (DENOMINAÇÃO GENÉRICA)	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Codeína	30mg	Comprimidos
Gabapentina	300mg	Cápsulas
Metadona	10mg/mL	Solução injetável
Metadona	10mg	Comprimidos
Morfina	10mg	Comprimidos
Morfina	30mg	Comprimidos
Morfina	10mg/mL	Solução injetável

Orientações ao prescritor

Preencher, assinar e carimbar o Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Programa Paraná sem Dor (LME) e o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade do Programa Paraná sem Dor.

Prescrições para 30 dias de tratamento.

Critérios de inclusão:

- CID primário: R52.1 ou R52.2;
- Dor superior a 30 dias;
- Intensidade de dor (escala EVA): igual ou superior a 4;
- Se solicitação de opioides (codeína, metadona ou morfina) deve-se, obrigatoriamente, descrever os fármacos aos quais o paciente é refratário;
- Para solicitação de metadona ou morfina injetáveis, dose diária oral de morfina igual ou superior de 360mg ou dose diária oral de metadona igual ou superior a 120mg, deve-se apresentar justificativa médica.

Orientações ao paciente

No ato da solicitação de inclusão no programa o paciente deve apresentar, junto com documentos emitidos pelo prescritor:



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TELÊMACO BORBA - PARANÁ
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Cópia do RG, CPF, cartão SUS e comprovante de residência;
- Prescrição médica dentro da validade;
- Nos casos em que um terceiro vá retirar os medicamentos, é necessário apresentar uma carta de autorização, assinada pelo paciente, e cópia do RG e CPF do autorizado.

O processo de solicitação será submetido à análise e liberação nas farmácias Central e Distrital Área II. O prazo para liberação é de até 30 dias após a entrega da documentação completa, e a entrega do medicamento se dará mediante apresentação de prescrição médica válida (conforme legislação vigente).



Documentos Necessários - Nova Solicitação

DOCUMENTOS GERAIS NECESSÁRIOS	
1	Cópia de Documento de Identidade ou da Certidão de Nascimento
2	Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3	Cópia do comprovante de residência no nome do paciente ou responsável OU declaração de residência
4	Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido (validade de 3 meses)
5	Prescrição médica devidamente preenchida

EXAMES NECESSÁRIOS PARA O R521

PRSDOR Codeína 30mg		VAL.
1	Apresentar justificativa médica (no campo anamnese da LME), quando for solicitação de Morfina ou Metadona injetável, Morfina acima de 360mg/dia via oral e Metadona acima de 120mg/ dia via oral;	-
2	Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Programa Paraná Sem Dor (LME) (validade de 3 meses)	-
3	Termo de Esclarecimento e Responsabilidade do Programa Paraná Sem Dor	-

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1-Número do CNES* 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente* 5-Peso do paciente* kg
4- Nome da Mãe do Paciente* 6-Altura do paciente* cm

1	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* ()R521 ()R522 10- Diagnóstico
CID -10 SECUNDÁRIO _____ (CID DA PATOLOGIA QUE DESENCADOU A DOR)

11- Anamnese*
DOR SUPERIOR A 30 DIAS ()SIM ()NÃO
INTENSIDADE DA DOR (ESCALA EVA): ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ()9 ()10
SE OPIÓIDE, É REFRACTÁRIO A OUTROS FÁRMACOS: ()NÃO ()SIM QUAIS: _____

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*
 NÃO SIM. Relatar: _____

13- **Atestado de capacidade***
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?
 NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento
Nome do responsável _____

14- Nome do médico solicitante* 17- Assinatura e carimbo do médico*
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitação* / /

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR***: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante
 Outro, informar nome: _____ e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia: _____
 Parda Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente
21- Número do documento do paciente
 CPF ou CNS
22- Correio eletrônico do paciente 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE CODEÍNA, MORFINA, METADONA E GABAPENTINA.

Eu, _____(nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações, principais efeitos adversos relacionados ao uso de codeína, morfina, metadona e gabapentina, indicados para o tratamento da dor crônica.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____(nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes melhoras:

- alívio da dor;
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- não se sabe ainda ao certo os riscos do uso de codeína, morfina, metadona e gabapentina na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;

- codeína - analgésico opiáceo fraco, usado para alívio da dor moderada; contraindicação - diarreia associada a colite pseudomembranosa causada por uso de cefalosporinas, lincomicina ou penicilina e diarreia causada por envenenamento e dependência de drogas (incluindo alcoolismo); efeitos adversos mais comuns - sonolência, constipação intestinal, náusea e vômitos nas primeiras doses, reações alérgicas, dificuldade de respirar, confusão mental, visão dupla ou nublada, boca seca, perda de apetite, dificuldade para urinar;

- morfina - analgésico opiáceo forte indicado para pacientes sem controle adequado da dor (em grau moderado, intenso ou muito intenso) para os quais a dose pode ser aumentada gradativamente, de acordo com a necessidade; contraindicações - gravidez, insuficiência respiratória, hipertensão intracraniana, insuficiência renal e hepática; efeitos adversos mais relatados - sedação (pode durar de 3 a 5 dias, melhorando a partir de então), náusea e vômitos, dificuldade de respirar (pacientes com câncer desenvolvem rápida tolerância); constipação intestinal; confusão mental (pode ocorrer nos primeiros dias de tratamento) e retenção urinária; efeitos colaterais menos frequentes - fraqueza, dor de cabeça, insônia, perda de apetite, boca seca, coceira, batimentos acelerados do coração;

- metadona - analgésico opiáceo sintético de alta potência, indicado como alternativa nos casos de dor intensa, de difícil tratamento; contraindicação - insuficiência respiratória grave; efeitos adversos mais relatados - dificuldade para respirar, delírio, tontura, náusea e vômitos, suor excessivo; efeitos adversos menos frequentes - fraqueza, dor de cabeça, euforia, insônia, boca seca, perda de apetite, constipação, batimentos acelerados do coração, dificuldade para urinar;

- gabapentina - antiepiléptico indicado para pacientes que apresentem dor neuropática; efeitos adversos - diminuição das células brancas do sangue, constipação, secura na boca, náuseas e vômitos, tontura, sonolência, cansaço, depressão, confusão, nervosismo, descoordenação, amnésia, ganho de peso, visão turva ou dupla, coceira na pele, rinite, bronquite, faringite, tosse e infecções respiratórias, edema periférico, febre.

O uso de qualquer dos opioides requer maiores precauções e cuidados em grávidas, em pacientes que estão amamentando, em idosos e em crianças.

As habilidades motoras e a capacidade física necessárias para o desempenho de tarefas potencialmente perigosas, como conduzir veículos ou operar máquinas, podem ficar comprometidas.

Quando não forem possíveis a prevenção e o tratamento dos efeitos colaterais, o medicamento deverá ser suspenso, em conformidade com a decisão médica.

Os analgésicos opiáceos não causam dependência facilmente; não causam depressão respiratória clinicamente significativa em pacientes com câncer, mesmo com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); não aceleram a morte nem deixam o paciente alheio ao ambiente em que está inserido.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Meu tratamento constará de um dos seguintes medicamentos:

() codeína () morfina () metadona () gabapentina

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

Local: Data:

Nome do paciente:

Cartão Nacional de Saúde:

Nome do responsável legal:

Documento de identificação do responsável legal:

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Médico responsável:

CRM:

UF:

Assinatura e carimbo do médico

Data: _____