

<b>HEPATITE AUTOIMUNE</b>	
<b>Portaria SAS/MS nº 457 – 21/05/2012</b>	
<b>Medicamento</b>	<b>AZATIOPRINA</b>
<b>CID 10</b>	<b>K75.4</b>
<b>Apresentação</b>	50mg (comprimido)
<b>Anexos obrigatórios</b>	<p>Cópia dos exames: máximo 6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escore de HAI,</li> <li>- Fosfatase alcalina</li> <li>- AST e ALT</li> <li>- Gamaglobulina ou IgG</li> <li>- FAN, AML ou anti-LKM1</li> <li>- Anti-mitocôndria</li> <li>- Marcadores de hepatites virais (anti-HAV IgM, HbsAg, anti-HBc total, anti-HCV e HCV-RNA qualitativo)</li> <li>- Histologia hepática (critérios para realização do score),</li> <li>- Hemograma completo</li> </ul> <p>Em caso de suspeita de etiologia viral pode ser necessário a exclusão de citomegalovírus e vírus Epstein-Barr Anamnese: consumo de fármacos hepatotóxicos atual ou recente, consumo médio de álcool, outra doença autoimune (própria ou de familiar de 1º grau).</p>
<b>Presc. Máxima Mensal</b>	248 cp

- Prescrição médica devidamente preenchida
- Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
- Termo de Consentimento preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

#### **DOCUMENTOS GERAIS NECESSÁRIOS**

- Cópia de Documento de Identidade
- Cópia do CPF
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cópia do comprovante de residência

**FARMÁCIA ESCOLA – CEAF**  
 (COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA)  
 Rua Delfino Conti, s/nº - UFSC – Trindade  
 Fone: 3721 – 2278 e-mail: farmaciapmfufsc@gmail.com

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE  
AZATIOPRINA**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **azatioprina**, indicada para o tratamento da **hepatite autoimune**.

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 benefícios:

- aumento da expectativa de vida;
- melhora da qualidade de vida;
- melhora dos sintomas clínicos;
- diminuição da atividade inflamatória à biópsia hepática;
- normalização dos níveis das aminotransferases;
- prevenção de recaídas.

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

- na gravidez, há evidências de riscos ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos. Caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- o medicamento é distribuído pelo leite materno e, por esta razão, as mães não devem amamentar devido ao potencial risco de efeitos adversos no bebê;
- principais efeitos adversos hematológicos: anemia, diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue; gastrointestinais: náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, toxicidade para o fígado;
- efeitos adversos comuns: febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, queda de cabelo, aftas, dores articulares, problemas nos olhos (retinopatia), falta de ar, pressão baixa e reações de hipersensibilidade;
- contraindicado em caso de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao medicamento ou componentes da fórmula.

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 a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

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: _____	

**Observação:** Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.