

<b>INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA</b>	
<b>Portaria SAS/MS nº 57 – 29/01/2010</b>	
<b>Medicamento</b>	<b>PANCREATINA (ENZIMAS PANCREÁTICAS)</b>
<b>CID 10</b>	<b>K86.0; K86.1; K90.3</b>
<b>Apresentação</b>	10.000 e 25.000UI de lipase (cápsula)
<b>Anexos obrigatórios</b>	Cópia dos exames: Pesquisa qualitativa da gordura fecal (com a coloração de Sudan III) associada a um dos critérios abaixo: - Rx simples de abdômen; - Ultra-sonografia de abdômen; - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER) ou Colangiopancreatografia por Ressonância Nuclear Magnética ou laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total.
<b>Presc. Máxima Mensal</b>	3.100caps (10.000UI de lipase); 1.240 caps (25.000UI de lipase)

- 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 Pancreatina e Pancrelipase

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informada claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **pancreatina** e **pancrelipase**, indicadas para o tratamento de **insuficiência pancreática exócrina**.

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 o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- melhora do cheiro e da quantidade de gordura nas fezes (esteatorreia);
- manutenção de bom estado nutricional.

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

- os riscos na gravidez ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, deve avisar imediatamente o médico sem interromper o tratamento;
- contraindicado em casos de hipersensibilidade conhecida ao medicamento ou à proteína de suínos;
- a cápsula não deve ser rompida, pois o contato do pó com a pele pode causar irritação e a inalação pode causar falta de ar;
- reações adversas mais comuns, mas com baixa ocorrência – náuseas, diarreia, prisão de ventre e reações alérgicas na pele;
- doses extremamente altas têm sido associadas com aumento do ácido úrico na urina (hiperuricosúria) e no sangue (hiperuricemia).

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.

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

- Pancreatina  
 Pancrelipase

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 de 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.

