

– Doença/Agravo:

## ✓ HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA (HPTEC)

– Código internacional de doenças (CID-10) contemplado(s):

- I 27.2 — Outra hipertensão pulmonar secundária.

– Medicamento(s) disponível(is):

- **RIOCIGUATE 0,5 mg – 1,0 mg – 1,5 mg – 2,0 mg – 2,5 mg (por comprimido revestido)**

– Regulamentação fundamentada para obtenção do(s) medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):

- Título IV, do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.
- Portaria SES/GO nº 2102/2021, de 02 de dezembro de 2021 – Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

– Procedimentos e demais informações:

- Todas as orientações quanto à abertura e renovação de processos, bem como, dispensação de medicamentos podem ser verificadas no documento intitulado “**ORIENTAÇÕES GERAIS**” que encontra no site da CEMAC Juarez Barbosa acessando o link abaixo:

### [ORIENTAÇÕES GERAIS](#)

## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DE PROCESSO

**ATENÇÃO:** Os documentos e exames aqui solicitados deverão ser encaminhados por **meio eletrônico** para a CEMAC Juarez Barbosa, sendo o armazenamento dos originais responsabilidade do Usuário SUS, exceto prescrições de medicamentos sob controle especial. A documentação original poderá ser solicitada a qualquer tempo pela Unidade.

**A apresentação de informações ou documentos falsos, em todo ou parte, configura crime sujeito as penalidades legais.**

**1 – Prescrição médica devidamente preenchida:** O medicamento deve ser prescrito pela Denominação Comum Brasileira, considerando o Art. 3º da Lei Federal nº 9.787 de 10/02/1999. **Todas as prescrições médicas (originais) devem estar disponíveis no ato da dispensação do(s) medicamento(s).**

- **PRESCRIÇÃO MÉDICA** (sem controle especial). O documento original deverá ser apresentado no ato da dispensação do(s) medicamento(s).

(Validade máxima de 180 dias corridos a contar da data da emissão)

**2 – Preenchimento do Formulário para HPTEC (anexo I) devidamente assinado e carimbado por equipe formada por PNEUMOLOGISTA ± CIRURGIÃO CARDÍACO OU CIRURGIÃO VASCULAR:**

**ATENÇÃO:** Todas as informações solicitadas a seguir devem ser relatadas para que haja **celeridade na avaliação do processo**



### 3 – Relação do(s) Exame(s) Obrigatório(s) para inclusão no Programa:

#### ✓ Observações:

- O Laudo Laboratorial deve ser datado e assinado pelo responsável técnico, conforme a resolução RDC nº 302/2005 (ANVISA/MS).  
- Posteriormente, OUTROS exames complementares poderão ser exigidos por esta Unidade de Saúde, para que a avaliação dessa solicitação seja concluída

- Laudo do exame de Cateterismo Cardíaco Direito (validade máxima de 90 dias);
- Laudo do exame de teste de caminhada de 6 minutos (TC6) (Validade máxima de 90 dias);
- Laudo do exame de comprovação de trombos nas artérias pulmonares (Cintilografia **OU** Angiotomografia **OU** Ressonância magnética nuclear **OU** Arteriografia) (sem validade definida) – *Este exame deverá ser realizado na ausência de evidências de trombos no cateterismo cardíaco ou impossibilidade de realização do cateterismo, devidamente justificada.*
- Para as mulheres em idade fértil, apresentar Laudo do exame de Beta HCG sérico (Validade **máxima de 10 dias**).

### 4 – Documentos pessoais do paciente:

**ATENÇÃO:** Por se tratar de um PCDT para pacientes residentes e domiciliados no Estado de Goiás, poderá ocorrer a realização de visita domiciliar ao endereço informado pelo requerente (paciente), sem agendamento prévio, no intuito de que haja comprovação de que este reside no Estado de Goiás.

- Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;
- CPF;
- Comprovante de Endereço com CEP (água, luz ou telefone). **Caso o comprovante de endereço não esteja no nome do requerente, o proprietário e/ou locatário do imóvel deverá emitir uma declaração, devidamente assinada, cientificando que o requerente (paciente) reside naquele local. A assinatura do declarante deverá ter firma reconhecida em cartório.**
- Cartão SUS. Caso o usuário não possua Cartão SUS, este cartão poderá ser feito na CEMAC Juarez Barbosa.

**5 – LME** (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) adequadamente preenchido. As instruções de preenchimento e o arquivo do LME, para preenchimento manual, estão disponíveis para serem baixados (*download*) no sítio eletrônico <http://www.saude.go.gov.br>. Seguem abaixo os links para acesso aos documentos:

### [ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO DA LME](#)

#### [LME](#)

Cabe ainda salientar que o **LME** terá noventa (**90**) **DIAS DE VALIDADE**, a partir de sua data de preenchimento pelo médico solicitante, para a solicitação de medicamentos na Unidade.

**Anexo I – FORMULÁRIO PARA Hipertensão Pulmonar Tromboembólica Crônica (HPTEC)  
INCLUSÃO****Este formulário deverá conter a assinatura e carimbo de um PNEUMOLOGISTA + CIRURGIÃO  
CARDÍACO OU CIRURGIÃO VASCULAR:**

1) Nome do paciente: \_\_\_\_\_

2) Sexo:  Masculino  Feminino

3) Idade: \_\_\_\_\_ anos.

4) Assinalar a descrição da classe funcional da HAP (segundo a *New York Heart Association – NYHA* /  
Organização Mundial da Saúde – OMS): **CLASSE I** - Pacientes com HP, mas sem limitação das atividades físicas. Atividades físicas habituais não causam dispneia ou fadiga excessiva, dor torácica ou pré-síncope. **CLASSE II** - Pacientes com HP que resulta em discreta limitação das atividades físicas. Esses pacientes estão confortáveis ao repouso, mas atividades físicas habituais causam dispneia ou fadiga excessiva, dor torácica ou pré-síncope. **CLASSE III** - Pacientes com HP que resulta em relevante limitação das atividades físicas. Esses pacientes estão confortáveis ao repouso, mas esforços menores do que os despendidos nas atividades físicas habituais causam dispneia ou fadiga excessiva, dor torácica ou pré-síncope. **CLASSE IV** - Pacientes com HP que resulta em incapacidade para realizar qualquer atividade física, sem sintomas. Esses pacientes manifestam sinais de falência ventricular direita. Dispneia ou fadiga podem estar presentes ao repouso, e o desconforto aumenta com qualquer esforço feito.

5) Descrever a evolução clínica do paciente:

---



---



---



---



---



---

6) Descrever os medicamentos em uso e os já utilizados para a doença de base, incluindo o tempo de uso de  
anticoagulantes:

Medicamento	Posologia	Tempo de uso



- 7) Relatar se o paciente já realizou cirurgia de tromboendarterectomia (data do procedimento) ou o(s) motivo(s) pelo qual este procedimento **não pode ser realizado**:

---

---

---

---

- 8) Indicar o local para o envio dos medicamentos a serem utilizados na **titulação de dose inicial de tratamento**:

Rua/Avenida: \_\_\_\_\_

Quadra: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Complemento (ex.: edifício, apartamento, outros): \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

- 9) Outras informações pertinentes:

---

---

---

---

---

---

---

---

Data do preenchimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do(a) médico(a) ***Pneumologista***

Assinatura e carimbo do(a) médico(a) ***Cirurgião Cardíaco ou Cirurgião Vascular***