

## Ficha Farmacoterapêutica Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica

### 1 DADOS DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_  
 Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Nome do cuidador: \_\_\_\_\_  
 Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masculino  Feminino DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Telefones: \_\_\_\_\_  
 Médico assistente: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
 Telefones: \_\_\_\_\_

### 2 AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA

2.1 Há quanto tempo o paciente está em programa de diálise? \_\_\_\_\_

2.2 Já utilizou quelantes à base de cálcio?

não → critério de exclusão para uso de sevelâmer

sim → Quais? \_\_\_\_\_

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

2.3 Realiza acompanhamento nutricional?

não → Encaminhar o paciente ao nutricionista para orientação de dieta com restrição proteica

sim

2.4 Possui outras doenças diagnosticadas?

não

sim → Quais? \_\_\_\_\_

(consequências da hiperfosfatemia: hiperparatireoidismo secundário, calcificações metastáticas, osteíte fibrosa cística, insuficiência renal, hipertensão, doença vascular aterosclerótica, prurido e disfunção sexual)

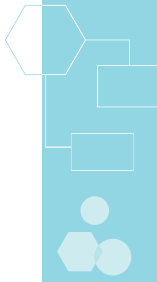
2.5 Faz uso de outros medicamentos?  não  sim → Quais?

Nome comercial	Nome genérico	Dose total/dia e via	Data de início	Prescrito
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim

2.5 Já apresentou reações alérgicas a medicamentos?

não

sim → Quais? A que medicamentos? \_\_\_\_\_



### 3 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

#### Exames Laboratoriais

	Inicial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
Data prevista*							
Data							
Cálcio sérico							
Fósforo sérico							
Bicarbonato sérico							

	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Data prevista						
Data						
Cálcio sérico						
Fósforo sérico						
Bicarbonato sérico						

\* A periodicidade dos exames varia conforme o estágio de IRC: estágio 3, a cada 12 meses; estágio 4, a cada 3 meses; pacientes em diálise, a cada mês; durante ajustes de dose, a cada 2 semanas, independentemente do estágio da IRC.

3.2 Encontra-se o nível de fósforo sérico > 6 mg/dl?

não → Dispensar

sim → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente (a dose deve ser aumentada para 1 comprimido por refeição em intervalos de 2 semanas até a dose máxima)

3.3 Encontra-se o nível de fósforo sérico < 3,5 mg/dl

não → Dispensar

sim → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente (a dose deve ser diminuída em 1 comprimido por refeição)

3.4 Apresentou sintomas que indiquem eventos adversos? (preencher Tabela de Registro de Eventos Adversos)

não → Dispensar

sim → Passar para a pergunta 3.5

3.5 Necessita de avaliação do médico assistente com relação ao evento adverso?

não → Dispensar

sim → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente



**TABELA DE REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS**

Data da entrevista	Evento adverso	*Intensidade	♣ Conduta

**Principais reações adversas já relatadas:** diarreia, vômitos, náuseas, gases, má digestão, azia, hiper ou hipotensão, tosse, dor de cabeça, infecções e dor

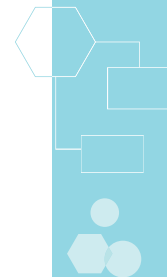
\* **Intensidade:** (L) leve; (M) moderada; (A) acentuada

♣ **Conduta:** (F) farmacológica (indicação de medicamento de venda livre); (NF) não farmacológica (nutrição, ingestão de água, exercício, outros); (EM) encaminhamento ao médico assistente; (OU) outro (descrever)

**TABELA DE REGISTRO DA DISPENSAÇÃO**

	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
Data						
Nome comercial						
Lote/Validade						
Dose prescrita						
Quantidade dispensada						
Próxima dispensação (Necessita de parecer médico: sim/não)						
Farmacêutico/CRF						
Observações						

	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Data						
Nome comercial						
Lote/Validade						
Dose prescrita						
Quantidade dispensada						
Próxima dispensação (Necessita de parecer médico: sim/não)						
Farmacêutico/CRF						
Observações						



## Guia de Orientação ao Paciente Sevelâmer

ESTE É UM GUIA SOBRE O MEDICAMENTO QUE VOCÊ ESTÁ RECEBENDO GRATUITAMENTE PELO SUS. SEGUINDO SUAS ORIENTAÇÕES, VOCÊ TERÁ MAIS CHANCE DE SE BENEFICIAR COM O TRATAMENTO.

O MEDICAMENTO É UTILIZADO NO TRATAMENTO DE **HIPERFOSFATEMIA NA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA.**

### 1 DOENÇA

- Hiperfosfatemia significa níveis de fósforo no sangue aumentados, geralmente em decorrência dos estágios mais avançados da insuficiência renal crônica. Pode levar a complicações nas glândulas paratireoides com consequente aparecimento de dor, fraqueza nos ossos (com risco de fraturas) e anemia, dentre outras.

### 2 MEDICAMENTO

- Este medicamento não cura a doença, mas diminui os níveis de fósforo no sangue e previne as complicações.

### 3 GUARDA DO MEDICAMENTO

- Guarde o medicamento protegido do calor, ou seja, evite lugares onde exista variação de temperatura (cozinha e banheiro).
- Conserve o medicamento na embalagem original.

### 4 ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO

- Tome os comprimidos revestidos (sem mastigar ou triturar) com ajuda de um líquido, de preferência junto às refeições.
- Tome exatamente a dose prescrita nos dias que o médico indicou, estabelecendo um mesmo horário todos os dias.
- Em caso de esquecimento de uma dose, tome-a assim que lembrar. Não tome a dose em dobro para compensar a que foi esquecida.

### 5 REAÇÕES DESAGRADÁVEIS

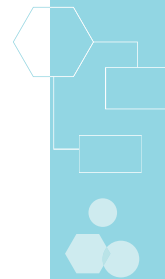
- Apesar dos benefícios que o medicamento pode trazer, é possível que apareçam algumas reações desagradáveis, tais como diarreia, vômitos, náuseas, gases, má digestão, azia, aumento ou diminuição da pressão arterial, tosse, dor de cabeça.
- Se houver algum destes ou outros sinais/sintomas, comunique-se com o médico ou farmacêutico.
- Maiores informações sobre reações adversas constam no Termo de Esclarecimento e responsabilidade, documento assinado por você ou pelo responsável legal e pelo médico.

### 6 CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO

- Alimentos pobres em fósforo podem ajudar a manter a doença controlada e contribuem para um melhor efeito do medicamento.
- Procure orientação de um nutricionista para saber que alimentos devem ser evitados.

### 7 USO DE OUTROS MEDICAMENTOS

- Não faça uso de outros medicamentos sem o conhecimento do médico ou orientação de um profissional de saúde.



## 8 PARA SEGUIR RECEBENDO O MEDICAMENTO

- Retorne à farmácia a cada mês, com os seguintes documentos:
  - Receita médica atual
  - Cartão Nacional de Saúde ou RG
  - Exames: dosagem sérica de cálcio, fósforo e bicarbonato em intervalos que podem variar de acordo com o estágio da insuficiência renal crônica: estágio 3, a cada 12 meses; estágio 4, a cada 3 meses; pacientes em diálise ou ajustes de doses, a cada mês

## 9 EM CASO DE DÚVIDA

- Se você tiver qualquer dúvida que não esteja esclarecida neste guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico do SUS.

## 10 OUTRAS INFORMAÇÕES

---

---

---

---

---

SE, POR ALGUM MOTIVO, NÃO USAR O MEDICAMENTO,  
DEVOLVA-O À FARMÁCIA DO SUS.

