

Ficha Farmacoterapêutica

Miastenia Gravis

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 Com que idade teve a primeira manifestação da doença? _____

2.2 Qual o intervalo de tempo entre o primeiro sintoma e o diagnóstico definitivo?

2.3 Qual a classificação de miastenia *gravis* apresentada?

- Grupo 1: ocular
 Grupo 2a: generalizada leve
 Grupo 2b: generalizada de moderada a grave
 Grupo 3: aguda fulminante
 Grupo 4: grave de instalação tardia

2.4 Possui outras doenças diagnosticadas?

- não
 sim → Quais? _____

(a ciclosporina está contraindicada para pacientes com mais de 50 anos com hipertensão arterial sistêmica preexistente ou creatinina sérica basal > 1 mg/dl do valor normal)

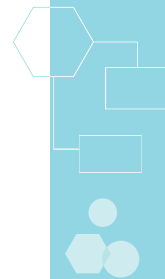
2.5 Faz uso de outros medicamentos? não sim → Quais?

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

2.6 Já realizou plasmaférese? Quando? _____

2.7 Já apresentou reações alérgicas a medicamentos?

- não
 sim → Quais? A que medicamentos? _____



3 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Exames Laboratoriais - Monitorização dos Medicamentos Utilizados*

	Inicial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
Data prevista**							
Data							
Hemoglobina							
Leucócitos							
Neutrófilos							
Linfócitos							
ALT							
AST							
Ciclosporina sérica							
Magnésio							
Potássio							
Creatinina							

	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Data prevista**						
Data						
Hemoglobina						
Leucócitos						
Neutrófilos						
Linfócitos						
ALT						
AST						
Ciclosporina sérica						
Magnésio						
Potássio						
Creatinina						

* Deve-se completar a tabela de acordo com os medicamentos utilizados.

** A periodicidade dos exames varia conforme o medicamento.

Para azatioprina (monitorizar hemograma, AST e ALT no início do tratamento e a cada mês)

3.1 Apresentou leucócitos entre 3.000-4.000/mm³ ou linfócitos < 1.000/mm³?

não → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente (a dose do medicamento deve ser reavaliada)

sim → Dispensar

3.2 Apresentou leucócitos < 2.500/mm³ ou número absoluto de neutrófilos < 1.000/mm³?

não → Dispensar

sim → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente (o medicamento deve ser suspenso)

Para ciclosporina (monitorizar pressão arterial, creatinina, magnésio e potássio no início do tratamento e reavaliar periodicamente a critério médico. A dosagem de ciclosporina deve também ser realizada periodicamente)

3.3 Desenvolveu hipertensão ao longo do tratamento?

não → Dispensar

sim → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente (a dose deve ser reduzida de 25% a 50%; persistindo a hipertensão, o tratamento deve ser descontinuado)



3.4 Houve alteração significativa da creatinina ($> 150\%$ do valor basal) ou dos eletrólitos?
 não → Dispensar
 sim → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente (a dose deve ser reavaliada ou o medicamento descontinuado)

3.5. Apresentou dosagem sérica de ciclosporina $> 150 \text{ ng/ml}$?
 não → Dispensar
 sim → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente (a dose deve ser reavaliada)

Para imunoglobulina humana (monitorizar creatinina no início do tratamento e reavaliar periodicamente a critério médico)

3.6 Houve alteração significativa da creatinina ($> 150\%$ do valor basal)?
 não → Dispensar
 sim → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente (a dose deve ser reavaliada)

Para todos os medicamentos

3.7 Apresentou sintomas que indiquem eventos adversos? (preencher Tabela de Registro de Eventos Adversos)
 não → Dispensar
 sim → Passar para a pergunta 3.8

3.8 Precisa 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

Observar as reações adversas já relatadas de acordo com o medicamento utilizado
 * **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)

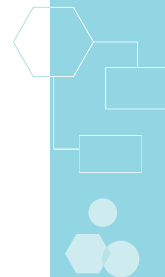


TABELA DE REGISTRO DA DISPENSAÇÃO

	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 Azatioprina, Ciclosporina e Imunoglobulina Humana

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 **MIASTENIA GRAVIS**.

1 DOENÇA

- Miastenia *gravis* é uma doença que leva à fraqueza dos músculos. Melhora com repouso e piora com exercício. Também pode piorar em caso de infecções, menstruação, ansiedade, estresse emocional e gravidez.
- A fraqueza pode ser específica (músculos dos olhos ou da face, por exemplo) ou pode ser generalizada.
- A chamada “crise miastênica” ocorre quando há falta de ar (por insuficiência respiratória) associada à fraqueza muscular grave.

2 MEDICAMENTO

- Este medicamento não cura a doença, porém melhora os sintomas de fraqueza e a capacidade de realizar as atividades diárias.

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.
- A imunoglobulina humana deve ser guardada na geladeira, mas não deve ser congelada.

4 ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO

- Tome os comprimidos (ou cápsulas), sem abrir ou mastigar, com a 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.
- A imunoglobulina humana deve ser aplicada em ambiente hospitalar.

5 REAÇÕES DESAGRADÁVEIS

- Apesar dos benefícios que o medicamento pode trazer, é possível que apareçam algumas reações desagradáveis que variam de acordo com o medicamento, tais como dor de cabeça, náuseas, vômitos, diarreia, queda de cabelo, perda de apetite, reações alérgicas, febre, calafrios, falta de ar.
- 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 USO DE OUTROS MEDICAMENTOS

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

7 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:

para azatioprina – hemograma, AST e ALT a cada mês

para ciclosporina – dosagem sérica de ciclosporina, creatinina e eletrólitos (magnésio e potássio) com intervalos de realização a critério médico

para imunoglobulina humana – creatinina com intervalos de realização a critério médico

8 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.

9 OUTRAS INFORMAÇÕES

LEVAR CAIXA DE ISOPOR PARA TRANSPORTAR O MEDICAMENTO DA FARMÁCIA

ATÉ SUA CASA E GUARDÁ-LO IMEDIATAMENTE NA GELADEIRA.

SE, POR ALGUM MOTIVO, NÃO USAR O MEDICAMENTO,

DEVOLVA-O À FARMÁCIA DO SUS.

