



RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO
- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA -
PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 10 - 13/09/2024 (PUBLICADA EM 26/09/2024)



O(A) Sr(a) _____
está em acompanhamento regular em consultório médico, é portadora (a) de:

- 150.0 Insuficiência cardíaca congestiva;
- 150.1 Insuficiência ventricular esquerda;
- 150.9 Insuficiência cardíaca não especificada.

Diagnóstico da IC (mês/ano): _____

I) MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

a. Tratamento Prévio (anterior à inclusão de Sacubitril + Valsartana ou Dapagliflozina):

- Maleato de Enalapril → Dose inicial: 2,5 mg, 2 x ao dia / Dose-alvo: 10-20 mg, 2 x ao dia;
- Captopril → Dose inicial: 6,25 mg, 3 x ao dia Dose-alvo 50 mg, 3 x ao dia;
- Losartana potássica → Dose inicial: 25 mg, 1 x ao dia / Dose-alvo: 150 mg ao dia (tomada 1-2 x ao dia);
- Furosemida → Dose inicial: 20-40 mg / Dose-usual: 40-240 mg;
- Hidroclorotiazida → Dose inicial: 25 mg / Dose-usual: 12,5-100 mg;
- Succinato de metoprolol → Dose inicial: 12,5-25 mg, 1 x ao dia / Dose-alvo: 200 mg, 1 x ao dia;
- Carvedilol → Dose inicial: 3,125 mg, 2 x ao dia / Dose-alvo: 25 mg, 2 x ao dia;
- Espironolactona → Dose inicial: 12,5-25 mg, 1 x ao dia / Dose-alvo: 25-50 mg, 1 x ao dia;
- Hidralazina → Dose inicial: 12,5-25 mg, 3 x ao dia / Dose-alvo: 50-100 mg, 3 x ao dia;
- Dinitrato de isossorbida → Dose inicial: 10-20 mg, 3 x ao dia / Dose-alvo: 40 mg, 3 x ao dia ;
- Mononitrato de isossorbida → Dose inicial: 10-20 mg, 3 x ao dia / Dose-alvo: 20-40 mg, 3 x ao dia;
- Digoxina → Dose inicial: 0,125 mg em dias alternados a 0,25 mg, 1 x ao dia / Dose-alvo: Dosagem de nível sérico pode auxiliar no ajuste;
- Sacubitril valsartana sódica hidratada → Dose inicial: 50 mg, 2x ao dia / Dose-alvo: 200 mg, 2x ao dia;
- Dapagliflozina → Dose diária: 10 mg 1x ao dia.

II) CRITÉRIOS DO PCDT/MS:

O paciente possui a seguinte classificação funcional da **New York Association (NYHA)**:

- Classe I:** Sem limitações para realização de atividade física. Atividades habituais não causam dispneia, cansaço, palpitações
- Classe II:** discreta limitação para realização de atividade física. Atividades habituais causam dispneia, cansaço, palpitações;
- Classe III:** Importante limitação para realização de atividade física. Atividades de intensidades inferiores causam dispneia, cansaço, palpitações
- Classe IV:** Limitações para realização de qualquer atividade física. Sintomas de IC podem ocorrer em repouso.

Para substituição de IECA ou ARA II por **SACUBITRIL/VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA** (*assinalar quais as condições que o paciente apresenta*):



RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO
- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA -
PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 10 - 13/09/2024 (PUBLICADA EM 26/09/2024)



- Início de tratamento com sacubitril/valsartana em idade inferior a 75 anos;
- Fração de ejeção reduzida ($\leq 35\%$);
- BNP > 150 pg/mL ou NT-ProBNP > 600 pg/mL (anexar resultado do exame);
- Em tratamento otimizado (uso de doses máximas toleradas dos medicamentos preconizados - IECA ou ARA II, betabloqueadores, espirolactonas e doses adequadas de diuréticos em caso de congestão);
- Sintomáticos (sintomas como dispneia aos esforços, sinais de congestão, piora clínica com internações recentes).

Para tratamento associado da terapia padrão (IECA, ARA II, betabloqueadores, diuréticos e antagonista de receptor de mineralocorticóides) com DAPAGLIFLOZINA (*assinalar quais as condições que o paciente apresenta*):

- Idade igual ou acima de 18 anos;
- Classe funcional NYHA II a IV;
- Fração de ejeção reduzida ($\leq 40\%$);
- Sintomáticos (sintomas como dispneia aos esforços, sinais de congestão, piora clínica com internações recentes).

O PACIENTE APRESENTA OU APRESENTOU:

- IC aguda ou com IC crônica descompensada;
- IC e fração de ejeção preservada ou levemente reduzida ($\geq 40\%$);
- Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicações absolutas ao uso dos medicamentos preconizados;
- Intervenções no atendimento especializado ou atenção hospitalar, como terapia de dessincronização cardíaca.

III) DEMAIS CONDIÇÕES RELEVANTES:

DADOS DO MÉDICO PRESCRITOR

NOME: _____ CRM/DF: _____ DATA: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____ INSTITUIÇÃO: _____

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE E CARIMBO