GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FORMULÁRIO ESPECÍFICO – HPTEC

1	**NOME CIVIL DO(A) PACIENTE**: **NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE**:
2	**ASSINALAR INDICAÇÃO:** ☐ Paciente considerado tecnicamente inoperável ou com hipertensão pulmonar residual após tromboendarterectomia e/ou angioplastia pulmonar por balão. ☐ Paciente de risco alto que será submetido a Angioplastia Pulmonar por Balão (BPA) e/ou tromboendarterectomia (tratamento multimodal), como pré-tratamento.
3	**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:**
4	**SOBRE CIRURGIA DE TROMBOENDARTERECTOMIA:** **4.1 PACIENTE JÁ REALIZOU O PROCEDIMENTO?** ◯ SIM ◯ NÃO **4.2 ESTÁ PREVISTO PARA PACIENTE REALIZAR O PROCEDIMENTO?** ◯ SIM ◯ NÃO **Se SIM, informar data prevista e relatar:** **4.3 PACIENTE TECNICAMENTE INOPERÁVEL?** ◯ SIM ◯ NÃO **Se SIM, apresentar relatório com parecer da equipe multidisciplinar do Centro de Referência em HPTEC (Pneumologista ou cardiologista + cirurgião com experiência em tromboendarterectomia) sobre a não operabilidade do caso.**
5	**CATETERISMO CARDÍACO DIREITO:** Data: ___/___/___ ☐ PAPm: ☐ RVP Wood: PAPm: pressão arterial pulmonar média; RVP: resistência vascular pulmonar
6	**CLASSE FUNCIONAL (NYHA/WHO-FC):** ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
7	**PACIENTE REALIZOU pelo menos três meses de anticoagulação efetiva?** ◯ SIM ◯ NÃO

8 **ASSINALAR SE FOR O CASO:**

☐ Paciente de baixo risco considerado operável ou candidato à angioplastia pulmonar por balão;

☐ Paciente ainda não avaliado quanto à possibilidade cirúrgica (tromboendarterectomia) ou angioplastia pulmonar por balão;

☐ Paciente com disfunção hepática grave (classificada como Child Pugh C).

9 **PACIENTE ESTÁ EM TRATAMENTO COM RIOCIGUATE?** ◯ SIM ◯ NÃO

Se SIM, indicar:

Paciente realizou a titulação da dose do medicamento e foi estabelecida a dose de manutenção de _____ mg, três vezes ao dia.

Para pacientes que NÃO realizaram a titulação da dose, ou seja, que não tem dose de manutenção definida, o LME - Solicitação deverá ser preenchido com as quantidades abaixo e a prescrição deverá indicar: Dose inicial de 1mg três vezes ao dia por 2 semanas, aumentando a dose em 0,5mg a cada 2 semanas, enquanto tolerado (dose máxima de 2,5mg três vezes ao dia). Caso definida dose de manutenção diferente de 7,5mg/dia, deve-se apresentar novo LME e nova prescrição médica com a indicação ajustada.

	7. Medicamentos*	8. Quantidade Solicitada*					
		1° mês	2° mês	3° mês	4° mês	5° mês	6° mês
1	Riociguate 1mg (comprimido)	42					
2	Riociguate 1,5mg (comprimido)	42					
3	Riociguate 2mg (comprimido)		42				
4	Riociguate 2,5mg (comprimido)		42				

10 **OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:**

11 **Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.**

Data de preenchimento: _____ /_____/_____

Contato do centro de referência para HPTEC: _____

Assinatura e carimbo: _____
Médico

Atualizado em 13/11/2026