



**RELATÓRIO PARA USO DE
MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO
(CUROSURF^R - SURFACTANTE)**

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

À operadora de saúde:

Por meio deste documento, venho solicitar para o recém-nascido prematuro acima identificado, a autorização para uso do medicamento de alto custo:

() **CUROSURF^R** (surfactante) 80 MG/ML suspensão – fr. ampola com **3 ML**

() **CUROSURF^R** (surfactante) 80 MG/ML suspensão – fr. ampola com **1,5 ML**

Total de frascos:

Diagnóstico do paciente: Doença da membrana hialina (síndrome do desconforto respiratório) - CID 10 P22-0 em prematuro (CID 10 – P07-2).

Idade gestacional do RN: _____ semanas, com peso de _____ gramas

O medicamento se faz necessário e foi indicado para o paciente, pois é o tratamento de escolha para o tratamento da síndrome do desconforto respiratório^{2,3}.

Informações adicionais (se necessário):

Informações técnicas: O Curosurf^R é constituído de alfacoractanto (porção fosfolipídica de pulmão porcino), que é o surfactante. O surfactante pulmonar é formado por fosfolípidos que cobrem a superfície interna dos alvéolos e impede o colapso destes, além de resgatar alvéolos atelectasiados, sendo utilizado na prevenção e tratamento da síndrome do desconforto respiratório (SDR), também chamada de doença da membrana hialiana. Os prematuros, devido a imaturidade pulmonar, não produzem surfactante suficiente e desenvolvem a síndrome, com necessidade de ventilação invasiva, sendo a maior causadora de mortalidade no período neonatal, além de produzir hipóxia que levará a variáveis graus de seqüela neurológica, se não tratada adequadamente¹.

Referências:

1 – bula do medicamento

2 – Sweet DG et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome – 2016 Update. Neonatology. 2017;111(2):107-125

3 – Polin RA et al. Surfactant replacement therapy for preterm and term neonates with respiratory distress. American Academy of Pediatrics. 2014; 133(1):156-63

Aracaju, ____ / ____ de 20 ____.

Médico que indicou o uso (assinatura e carimbo)



**RELATÓRIO PARA USO DE
MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO
(CUROSURF^R - SURFACTANTE)**

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Parecer do auditor