

## NOVO FLUXO DE DISTRIBUIÇÃO DA CLOROQUINA 150 MG COMPRIMIDO PARA REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE RONDÔNIA

Considerando **NOTA INFORMATIVA Nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS** do Gabinete da Secretaria Executiva, lançada em 20/05/2020, que tem como objetivo as orientações para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes Com Diagnóstico da COVID-19, segue abaixo o trecho da referida nota informativa, com a descrição da classificação dos sinais e sintomas.

### CLASSIFICAÇÃO DO SINAIS E SINTOMAS:

SINAIS E SINTOMAS LEVES	SINAIS E SINTOMAS MODERADOS	SINAIS DE GRAVIDADE
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Anosmia</li> <li>● Ageusia</li> <li>● Coriza</li> <li>● Diarreia</li> <li>● Dor abdominal</li> <li>● Febre</li> <li>● Mialgia</li> <li>● Tosse</li> <li>● Fadiga</li> <li>● Cefaleia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tosse persistente + febre persistente diária ou</li> <li>● Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado a COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia) ou</li> <li>● Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco</li> </ul>	<p>Síndrome Respiratória Aguda Grave – Síndrome Gripal que apresente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dispneia/desconforto respiratório persistente no Tórax</li> <li>● OU pressão persistente no Tórax</li> <li>● OU saturação de O<sub>2</sub> menor que 95% em ar ambiente</li> <li>● OU coloração azulada de lábios ou rosto</li> </ul>

### ORIENTAÇÃO DE TRATAMENTO CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS

Orientação para prescrição em PACIENTES ADULTOS	FASE 1 1º AO 5º DIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS	FASE 2 6º AO 14º DIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS	FASE 3 APÓS 14º DIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS
SINAIS E SINTOMAS LEVES	<p style="text-align: center;"><b>Difosfato de Cloroquina</b>                      D1: 500mg 12/12h (300mg de cloroquina base)                      D2 ao D5: 500mg 24/24h (300mg de cloroquina base)                      +  <b>Azitromicina 500mg</b> 1x ao dia, durante 5 dias</p> <p style="text-align: center;"><b>Ou</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Sulfato de Hidroxicloroquina</b>                      D1: 400mg 12/12h                      D2 ao D5: 400mg 24/24h                      +  <b>Azitromicina 500mg</b> 1x ao dia, durante 5 dias</p>		<p style="text-align: center;"><b>Prescrever medicamento sintomático</b></p>

--	--	--

Orientação para prescrição em PACIENTES ADULTOS	FASE 1 1º AO 5º DIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS	FASE 2 6º AO 14º DIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS	FASE 3 APÓS 14º DIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS
<b>SINAIS E SINTOMAS MODERADOS</b>	<p align="center"><b>Considerar a Internação Hospitalar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afastar outras causas de gravidade</li> <li>- Avaliar presença de infecção bacteriana</li> <li>- considerar imunoglobulina humana</li> <li>- Considerar anticoagulação</li> <li>- Considerar corticoterapia</li> </ul>		<b>Prescrever medicamento sintomático</b>
	<p align="center"><b>Difosfato de Cloroquina</b>  D1: 500mg 12/12h (300mg de cloroquina base)  D2 ao D5: 500mg 24/24h (300mg de cloroquina base)  +  <b>Azitromicina 500mg</b> 1x ao dia, durante 5 dias</p> <p align="center"><b>Ou</b></p> <p align="center"><b>Sulfato de Hidroxicloroquina</b>  D1: 400mg 12/12h  D2 ao D5: 400mg 24/24h  +  <b>Azitromicina 500mg</b> 1x ao dia, durante 5 dias</p>		

Orientação para prescrição em PACIENTES ADULTOS	FASE 1 1º AO 5º DIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS	FASE 2 6º AO 14º DIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS	FASE 3 APÓS 14º DIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS
<b>SINAIS E SINTOMAS GRAVES</b>	<p align="center"><b>Considerar a Internação Hospitalar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afastar outras causas de gravidade</li> <li>- Avaliar presença de infecção bacteriana</li> <li>- considerar imunoglobulina humana</li> <li>- Considerar anticoagulação</li> <li>- Considerar corticoterapia</li> </ul>		<b>Prescrever medicamento sintomático</b>
	<p align="center"><b>Sulfato de Hidroxicloroquina</b>  D1: 400mg 12/12h  D2 ao D5: 400mg 24/24h  +  <b>Azitromicina 500mg</b> 1x ao dia, durante 5 dias</p>		

Esta Coordenadoria de Gestão e Assistência Farmacêutica – CGAF , da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Rondônia, apresenta um novo Fluxo de Distribuição do medicamento Cloroquina 150mg, para atendimento a **NOTA INFORMATIVA Nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS**.

**CRITÉRIOS PARA DISTRIBUIÇÃO DA CLOROQUINA 150MG PARA AS GERÊNCIA REGIONAIS DE SAUDE DO ESTADO DE RONDÔNIA COM BASE NA NOTA INFORMATIVA Nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS**

1. O medicamento será encaminhado pela Coordenadoria de Gestão e Assistência Farmacêutica – CGAF para a Gerência Regional de Saúde – GRS, em quantitativo Compatível com o número de casos ativos de cada município que compõe a GRS, conforme Boletim Epidemiológico do dia 25/05/2020, acrescidos de 50%.
2. Para os municípios que não possuem nenhum caso ativo estabeleceu-se um quantitativo de 3 tratamentos, para reserva.
3. A GRS realizará o fornecimento do medicamento, considerando disposto no item 1 e 2 às Secretarias Municipais de Saúde. As quais serão reabastecidas após apresentação da planilha atualizada de utilização do medicamento (ANEXO II). A retirada deverá ser efetuada de segunda-feira a sexta-feira, no horário de funcionamento da respectiva GRS.
4. O uso da CLOROQUINA 150MG, para tratamento de pacientes com sinais e sintomas LEVES e MODERADOS, estará condicionado ao preenchimento do **Termo de Ciência e Consentimento (Anexo I)**, que deverá ser aplicado pelo médico responsável.
5. Para reabastecimento da GRS, a mesma deve encaminhar para a CGAF a Planilha do ANEXO III, compilando as informações recebidas das Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios (ANEXOII)
6. Quanto aos documentos referentes aos atendimentos dos pacientes, esses devem ficar arquivados no estabelecimento de saúde como comprovação do uso conforme preconizado, e a cópia fornecida a Regional de Saúde no momento da solicitação de reposição.

As Gerências Regionais de Saúde (GRS) poderão, a qualquer momento, solicitar os documentos comprobatórios (receitas, exames e/ou relatório médico, registro de notificação de caso, etc) de uso do medicamento conforme recomendações, para fins de validação dos envios ou diante de situações que venham a requerer tal conduta.

## **ANEXO I**

### **TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

CLORORQUINA em associação com AZITROMICINA para COVID 19

<b>DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO</b>
---------------------------------

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações médicas ou laboratoriais revelaram possibilidade ou comprovação de diagnóstico:

#### **COVID 19 causada pelo coronavírus SARS-COV-2**

E com base neste diagnóstico me foi orientado o seguinte tratamento/procedimento:

#### **Cloroquina ou Hidroxicloroquina em associação com Azitromicina**

<b>OS PROCEDIMENTOS, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS</b>
---

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), que:

1. A cloroquina e a hidroxicloroquina são medicamentos disponíveis há muitos anos para a prevenção e tratamento da malária e também para o tratamento de algumas doenças reumáticas como artrite reumatoide e lúpus. Investigadores chineses demonstraram a capacidade dessas drogas de inibir a replicação do coronavírus em laboratório (*in vitro*). Um estudo francês mostrou que a eliminação do coronavírus da garganta de portadores da COVID-19 se deu de forma mais rápida com a utilização da combinação de hidroxicloroquina e o antibiótico azitromicina, quando comparados a pacientes que não usaram as drogas. Entretanto, não há, até o momento, estudos suficientes para garantir certeza de melhora clínica dos pacientes com COVID-19 quando tratados com cloroquina ou hidroxicloroquina;
2. A Cloroquina e a hidroxicloroquina podem causar efeitos colaterais como redução dos glóbulos brancos, disfunção do fígado, disfunção cardíaca e arritmias, e alterações visuais por danos na retina.

Compreendi, portanto, que não existe garantia de resultados positivos para a COVID-19 e que o medicamento proposto pode inclusive apresentar efeitos colaterais;

Estou ciente de que o tratamento com cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina pode causar os efeitos colaterais descritos acima e outros menos graves ou menos frequentes, os quais podem levar à disfunção de órgãos, ao prolongamento da internação, à incapacidade temporária ou permanente e até ao óbito.

Também fui informado(a) que, independente do uso da cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina, será mantido o tratamento padrão e comprovadamente benéfico para minha situação, que pode incluir medidas de suporte da respiração e oxigenação, ventilação mecânica, drogas para sustentar a pressão e fortalecer o coração, hemodiálise e antibióticos, entre outras terapias oferecidas a pacientes que estão criticamente doentes.

## AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que os medicamentos sejam utilizados da forma como foi exposto no presente termo;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ \_\_\_\_: \_\_\_\_ (hh:min)

Paciente  Responsável

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

**CONFIRMO** que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ \_\_\_\_: (hh:min)

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO II

