

## Ficha Farmacoterapêutica Hipotireoidismo Congênito

### 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 Pode a mãe do paciente ter sido exposta durante a gravidez a iodetos, a fármacos antitireoidianos ou a iodo radioativo?  
 não  
 sim → Possibilidade de hipotireoidismo congênito transitório (o tratamento deve ser realizado até os 4 anos de idade)

2.2 Foi feito diagnóstico através de Programa Nacional de Triagem Neonatal (teste do pezinho)?

não → Com que idade foi diagnosticado? \_\_\_\_\_  
 sim

2.3 Possui outras doenças diagnosticadas?

não  
 sim → Quais? \_\_\_\_\_

2.4 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

### 3 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

#### Avaliação Ponderoestatural e Controle da Função Tireoidiana

	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Data												
Idade												
Peso												
Altura												
TSH*												

\***Periodicidade:** 4 semanas após o início do tratamento; a cada 1-2 meses nos 6 primeiros meses de vida; a cada 3-4 meses dos 6 meses aos 3 anos de vida; a cada 6-12 meses após os 6 anos de vida; em 4 semanas após qualquer mudança de dose



**TABELA DE REGISTRO DA DISPENSAÇÃO**

	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
Data						
Nome comercial						
Lote/Validade						
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						
Quantidade dispensada						
Próxima dispensação: (Necessita de parecer médico: sim/não)						
Farmacêutico/CRF						
Observações						

## Guia de Orientação ao Paciente Levotiroxina

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 **HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO**.

### 1 DOENÇA

- É uma doença que pode ser descoberta ao nascer. Quando não tratada logo de início ocorre retardo mental e físico.

### 2 MEDICAMENTO

- Este medicamento garante o desenvolvimento normal da criança. Quanto mais cedo for descoberta a doença e iniciado o tratamento, melhor será o resultado.

### 3 GUARDA DO MEDICAMENTO

- Guarde o medicamento protegido do calor, ou seja, evite lugares onde exista variação de temperatura (cozinha e banheiro).
- Conserve os comprimidos na embalagem original.

### 4 ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO

- O comprimido deve ser ingerido de estômago vazio, de preferência pela manhã e no mesmo horário.
- Não dê para a criança nem mais nem menos comprimidos, observe a quantidade prescrita pelo médico.
- Para as crianças muito pequenas ou com dificuldade de engolir, o comprimido pode ser triturado e dissolvido em pequena quantidade de água e até mesmo misturado com alimentos. Não guarde o medicamento dissolvido para o dia seguinte.

### 5 REAÇÕES DESAGRADÁVEIS

- Apesar dos benefícios que o medicamento pode trazer, é possível que apareçam algumas reações desagradáveis, tais como dor de cabeça, febre, suores, emagrecimento, irritabilidade, dor no peito, palpitação, insônia.
- Se observar que a criança apresentou 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

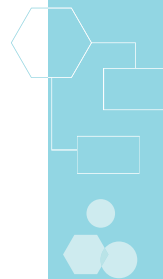
- Não dê outros medicamentos à criança sem o conhecimento do médico ou orientação de um profissional de saúde. Pode ser perigoso à saúde.

### 7 REALIZAÇÃO DOS EXAMES DE LABORATÓRIO

- A realização dos exames garante uma correta avaliação sobre a ação do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou até suspender o tratamento.

### 8 OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Não indique ou forneça o medicamento para qualquer outra pessoa.
- Se for necessária alguma cirurgia, comunique ao médico, pois pode ser preciso mudança de



dose do medicamento ou suspensão do tratamento.

- Para melhor controle da doença e do tratamento, recomenda-se que sejam feitas as dosagens de TSH.

## **9 PARA SEGUIR RECEBENDO O MEDICAMENTO**

- Retorne à farmácia a cada mês, com os seguintes documentos:
  - Receita médica atual
  - Cartão Nacional de Saúde ou RG

## **10 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.

## **11 OUTRAS INFORMAÇÕES**

---

---

---

---

---

SE, POR ALGUM MOTIVO, O MEDICAMENTO NÃO FOR UTILIZADO,  
DEVOLVA-O À FARMÁCIA DO SUS.