

**SUS**

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**ANEXO I - PORTARIA Nº 109-R, DE 15 DE SETEMBRO DE 2025****FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO USO DE PRODUTOS DE CANNABIS NO TRATAMENTO DE SÍNDROME DE DRAVET, LENNOX-GASTAUT E NO COMPLEXO DE ESCLEROSE****ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1. Nome do Estabelecimento de Saúde Solicitante	2. CNES
---	---------

PACIENTE

3. Nome do Paciente	4. Data Nascimento ____/____/____	5. Nome da Mãe ou Responsável
---------------------	--------------------------------------	-------------------------------

6. Idade	7. Cartão Nacional do SUS-CNS	8. Telefone
----------	-------------------------------	-------------

9. Correio eletrônico (e-mail)	10. Município de residência
--------------------------------	-----------------------------

11. Raça/Cor/Etnia: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Outros, informar:	12. Sexo: M () F ()	13. Peso atual: _____ kg	14. Altura: _____ m
---	--------------------------	-----------------------------	------------------------

SOLICITAÇÃO

15. DESCRIÇÃO DO PRODUTO DE CANNABIS	16. Quantidade solicitada (em mg de CBD/dia)					
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês

CANABIDIOL (CDB) com até 0,2% de tetraidrocannabinol (THC) solução oral						
---	--	--	--	--	--	--

17. CID-10: () G40.4 () Q85.1	18. Possui diagnóstico de epilepsia refratária na: () Síndrome de Dravet () Síndrome de Lennox-Gastaut () Complexo da Esclerose Tuberosa () Não possui este diagnóstico
---------------------------------------	---

EXCLUSIVO PARA ABERTURA DE PROCESSOS (SOLICITAÇÃO DE PRIMEIRO USO)

19. Número de crises epiléticas ao mês, antecedente ao uso de canabidiol: _____ crises/mês
--

20. Persistência de, ao menos, quatro crises epiléticas ao mês, mesmo com o uso em posologia adequada, de duas ou mais medicações de primeira linha (de maneira concomitante ou não), para alcançar o controle sustentado das crises, durante pelo menos três meses? Sim () Não ()
--

21. Refratariedade aos tratamentos propostos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Epilepsia do Ministério da Saúde (MS)? Sim () Não ()
--

22. Fez uso prévio de quais medicamentos? Assinale a ordem cronológica de tratamento (1º, 2º, 3º): () Não fez uso prévio () Clobazam () Etossuximida () Gabapentina () Lamotrigina () Levetiracetam () Primidona () Topiramato () Vigabatrina
--

23. Os medicamentos de uso prévio foram utilizados conforme prescrição médica e orientação farmacêutica? Sim () Não ()
--

24. Quais medicamento atualmente em uso? () Clobazam () Etossuximida () Gabapentina () Lamotrigina () Levetiracetam () Primidona () Topiramato () Vigabatrina () Outros _____

25. Quais medicamento serão utilizados concomitantemente ao canabidiol: () Clobazam () Etossuximida () Gabapentina () Lamotrigina () Levetiracetam () Primidona () Topiramato () Vigabatrina () Outros _____
--

26. A dose de Canabidiol prescrita está na faixa de 2,5 mg/kg/dia - 25 mg/kg/dia? Sim () Não ()

EXCLUSIVO PARA CONTINUIDADE TRATAMENTO

27. O paciente fez uso do produto de Canabidiol: () Dispensado pela SESA-ES () Utilização prévia por outros meios

28. Número de crises epiléticas ao mês, após início de tratamento com Canabidiol: _____ crises/mês
--

29. A frequência de crises convulsivas reduziu em pelo menos 30%, em comparação com os seis meses anteriores ao início do tratar Canabidiol? Sim () Não ()
--

30. Apresentou reações adversas ou intolerância ao uso do produto de Canabidiol? Em caso afirmativo, descreva: _____
--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

31. O paciente possui uma ou mais das contraindicações elencadas abaixo? () Não () Sim, qual(is)? () Pacientes com histórico de dependência química a drogas de abuso; () Gravidez; () Lactante; () Hipersensibilidade à algum componente da fórmula de Canabidiol; () Idade menor de 2 (dois) anos
--

DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

32. Nome do médico:	33. Nº do CRM:
---------------------	----------------

34. Especialidade:	35. Data da solicitação: ____/____/____
--------------------	---

36. Contato do Profissional Solicitante: Telefone: E-mail:	37. Assinatura e Carimbo
--	--------------------------