

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



**Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do  
Componente Especializado – DISTONIAS FOCAIS E ESPASMO HEMIFACIAL**

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (obrigatório)
- Cópia do comprovante de residência atual em nome do PACIENTE. Quando o endereço estiver em nome de familiares (cônjuge, pais, filhos), trazer comprovante de parentesco (cópia da certidão de casamento, nascimento, etc). Em caso de aluguel, trazer cópia do contrato de aluguel ou, na ausência deste, trazer declaração do proprietário do imóvel, com cópia de RG e CPF, informando que o interessado reside no local.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde)
- Procuração para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante.
- Receita Médica - em duas vias, contendo o nome genérico do medicamento, concentração, posologia, tempo de tratamento, quantitativo mensal, carimbo, assinatura e data.
- LME - Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico com o (C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo.
- Termo de Consentimento Informado datado, carimbado e assinado pelo médico e pelo paciente.
- Exames comprobatórios do diagnóstico da doença de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

**Exames necessários para abertura e continuidade de processo para:**

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<b>DISTONIAS FOCAIS E ESPASMO HEMIFACIAL (Protocolo MS)</b>  <b>Toxina Botulínica tipo A 100UI F/A</b>  <b>Toxina Botulínica tipo A 500UI F/A</b>	- βHcG para mulheres em idade fértil (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade);  .	-	<b>G24.3 G24.4 / G24.5 G24.8 G51.3 / G51.8</b>  Neurologista Ortopedista Oftalmologista

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**Toxina Botulínica Tipo A**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **toxina botulínica tipo A**, indicada para o tratamento de **Distonias focais e Espasmo hemifacial**. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve). Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- diminuição da frequência e intensidade dos espasmos (contração involuntária do músculo);
- diminuição da dor ou desconforto ocasionado pelas contrações;
- melhora da atividade funcional e da qualidade de vida. Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso deste medicamento:
- os riscos na gravidez ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- o principal efeito desagradável é dor no local de aplicação da injeção;
- os efeitos adversos variam de acordo com o local de aplicação; os mais relatados nas distonias cervicais são tontura, fraqueza geral, cansaço, sonolência, mal-estar geral, dificuldade para engolir, náuseas, boca seca, dor de cabeça, irritabilidade; no blefaroespasma (espasmo de pálpebra) e no espasmo hemifacial, são irritação nos olhos, lacrimejamento, relaxamento e inchaço da pálpebra, visão turva e tonturas. Conforme a marca comercial utilizada, a dose da toxina botulínica pode ser ajustada e devo procurar orientação do médico ou farmacêutico em caso de dúvida. Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
<div>Assinatura do paciente ou do responsável legal</div>			
Médico Responsável:	CRM:	UF:	
<div>Assinatura e carimbo do médico</div> <div>Data: __/__/__</div>			



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante						
3- Nome completo do Paciente*		5- Peso do paciente* kg						
4- Nome da Mãe do Paciente*		6- Altura do paciente* cm						
<b>7- Medicamento(s)*</b>		<b>8- Quantidade solicitada*</b>						
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	
		1						
		2						
		3						
		4						
		5						
9- CID-10*		10- Diagnóstico						
11- Anamnese*								
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*								
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar:								
<div style="text-align: center;"><b>13- Atestado de capacidade*</b></div> <p>A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> NÃO    <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento</div><div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40%;"></div></div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">Nome do responsável</div>								
14- Nome do médico solicitante*		17- Assinatura e carimbo do médico*						
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*								16- Data da solicitação*

18 - **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\***:    ☐ Paciente    ☐ Mãe do paciente    ☐ Responsável (descrito no item 13)    ☐ Médico solicitante

☐ Outro, informar nome: \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> Branca    <input type="checkbox"/> Preta    <input type="checkbox"/> Parda</div><div><input type="checkbox"/> Amarela    <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____</div></div>		20- Telefone(s) para contato do paciente	
21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
22- Correio eletrônico do paciente			

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO