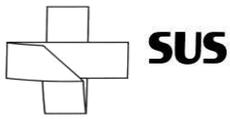


**Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado – DOENÇA DE ALZHEIMER**

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (facultativo)
- 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:**

<b>SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos</b>	<b>ABERTURA PROCESSO (1ª vez)</b>	<b>MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)</b>	<b>CID-10 Médico Especialista</b>
<p><b>DOENÇA DE ALZHEIMER (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Donepezil 5mg e 10mg comp.</b></p> <p><b>Galantamina 8mg, 16mg e 24mg cáps de liberação prolongada.</b></p> <p><b>Memantina 10mg comp.</b></p> <p><b>Rivastigmina 1,5mg, 3mg, 4,5mg e 6mg cápsula e 2mg/mL frasco.</b></p> <p><b>Rivastigmina 9mg (5cm<sup>2</sup>) e 18mg (10 cm<sup>2</sup>) adesivo transdérmico.</b></p> <p>* Atualizado em 11/12/19</p>	<p><b>- Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:</b></p> <p>Tomografia computadorizada <u>ou</u> Ressonância magnética do encéfalo (validade 24 meses);</p> <p>Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, sódio, potássio, cálcio, glicose, TSH, vitamina B12 e ácido fólico, (validade 90 dias);</p> <p>Sorologia: VDRL (validade 1 ano) e anti-HIV (em paciente com menos de 60 anos – validade 1 ano)</p> <p><b>- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</b></p> <p>- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) - (validade 90 dias);</p> <p>- Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR) - (validade 90 dias);</p>	<p><b>Para todos:</b></p> <p>- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM);</p> <p>- Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR).</p> <p><b>Periodicidade:</b> Aos três meses de tratamento e, após, semestral.</p> <p><b>Para Galantamina:</b></p> <p>- Creatinina, ALT/TGP, AST/TGO.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p>	<p><b>F00.0</b></p> <p><b>F00.1</b></p> <p><b>F00.2</b></p> <p><b>G30.0</b></p> <p><b>G30.1</b></p> <p><b>G30.8</b></p> <p>Neurologista</p> <p>Geriatra</p> <p>Psiquiatra</p>



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE  
Donepezil, Galantamina, Memantina e Rivastigmina.**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) paciente), abaixo identificado (a) e firmado (a), declaro ter sido informado (a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso dos medicamentos **donepezil, galantamina, memantina e rivastigmina** para o tratamento da **doença de Alzheimer**.

Estou ciente de que estes medicamentos somente podem ser utilizados por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido. Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que: Fui claramente informado (a) de que os medicamentos podem trazer os seguintes benefícios:

- redução na velocidade de progressão da doença;
- melhora da memória e da atenção. Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:
  - medicações classificadas na gestação como:
    - categoria C (significa que risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos): donepezil;
    - categoria B (significa que risco para o bebê é muito improvável): galantamina e rivastigmina;
  - **risco de ocorrência dos seguintes efeitos colaterais:**
    - **donepezil**: freqüentes: dor de cabeça, náuseas e diarreia; menos freqüentes: síncope, dor no peito, fadiga, insônia, tonturas, depressão, pesadelos, sonolência, perda do apetite, vômitos, perda de peso, aumento da freqüência urinária, espasmos musculares, artrite e dores pelo corpo;
    - **galantamina**: freqüentes: náuseas, vômitos, diarreia; menos freqüentes: diminuição da freqüência de batidas do coração, desmaios, dor no peito, tontura, dor de cabeça, depressão, cansaço, insônia, sonolência, tremor, perda do apetite, emagrecimento, dor abdominal, azia e outros sinais de irritação gástrica, gases, infecções urinárias, incontinência, anemia, rinite; raros: são descritos a ocorrência de apatia, fibrilação atrial, bloqueio atrio-ventricular, convulsão, delírio, diverticulite, gastrite, gastroenterite, insuficiência cardíaca, aumento da glicose no sangue, pressão baixa, aumento de desejo sexual, sangue nas fezes, palpitação, boca seca, aumento de salivação, vertigem, cálculo renal, retenção urinária.
    - efeitos adversos da **memantina** mais comuns: cefaleia, cansaço, tontura; os menos frequentes incluem alucinações, alterações de marcha, perda de peso, ansiedade, dor nas articulações, problemas nas vias aéreas, cistite, prisão de ventre, diarreia, confusão, dor lombar, inchaço, aumento da pressão arterial, hipertonia, insônia, aumento da libido, náusea, queda, sonolência e vômitos.
- Contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida aos fármacos;
- O risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.
- **rivastigmina**: freqüentes: tonturas, dor de cabeça, náuseas, vômitos, diarreia, perda do apetite, dor abdominal; menos freqüentes: desmaios, pressão alta, cansaço, insônia, sonolência, confusão, depressão, ansiedade, tontura, alucinação, agressividade, azia e

sintomas de irritação gástrica, prisão de ventre, gases, perda de peso, arrotos, infecções urinárias, fraqueza muscular, tremores, rinite.

- necessidade de comparecer às consultas periódicas conforme agendadas e de realizar os exames e avaliações solicitados pelo médico; Estou ciente de que posso suspender este tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento para fins de pesquisa, desde que assegurado o anonimato. Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

( ) Donepezil ( ) Galantamina ( ) Rivastigmina ( ) Memantina.

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



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*

Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica – Farmácia Cidadã Estadual

**MINIEXAME DO ESTADO MENTAL**

Paciente: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) Abaixo de quatro anos de escolaridade ( ) Acima de quatro anos de escolaridade

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Avaliador \_\_\_\_\_

**OBS 1: Marcar os PONTOS obtidos em cada etapa. NÃO marcar com "X".**

**1. ORIENTAÇÃO**

Dia da Semana _____	1 ponto _____
Dia do Mês _____	1 ponto _____
Mês _____	1 ponto _____
Ano _____	1 ponto _____
Hora Aproximada _____	1 ponto _____
Local específico (andar e setor) _____	1 ponto _____
Instituição (residência, hospital, clínica) _____	1 ponto _____
Bairro ou rua próxima _____	1 ponto _____
Cidade _____	1 ponto _____
Estado _____	1 ponto _____

**2. MEMÓRIA IMEDIATA**

Fale 03 (três) palavras não relacionadas. Posteriormente, pergunte ao paciente pelas 03 (três) palavras. Dê 01 ponto para cada resposta certa. 3 pontos \_\_\_\_\_

Depois, repita as palavras e certifique-se de que o paciente aprendeu, pois mais adiante você irá perguntar novamente.

**3. ATENÇÃO E MEMÓRIA**

(100 – 7) Sucessivos cinco vezes sucessivamente (um ponto para cada cálculo correto). 5 pontos \_\_\_\_\_  
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

**4. EVOCAÇÃO**

Pergunte pelas 03 (três) palavras ditas anteriormente (um ponto por palavra) 3 pontos \_\_\_\_\_



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**Secretaria da Saúde**

Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica – Farmácia Cidadã Estadual

**5. LINGUAGEM**

Nomear um relógio e uma caneta.

2 pontos \_\_\_\_\_

Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá."

1 ponto \_\_\_\_\_

Comando: "Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e o coloque no chão."

3 pontos \_\_\_\_\_

Ler e obedecer: "Feche os olhos."

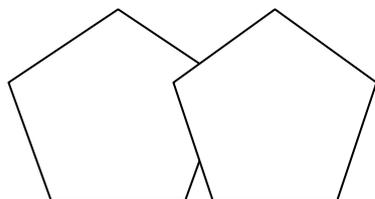
1 ponto \_\_\_\_\_

Escrever 1 (uma) frase.

1 ponto \_\_\_\_\_

Copiar 1 (um) desenho.

1 ponto \_\_\_\_\_



**Score :** ( \_\_\_\_\_ /30)

**6. CDR: (marcar com "X")**

- ( ) Zero saudável
- ( ) 0,5 questionável
- ( ) 1.0 leve
- ( ) 2.0 moderado
- ( ) 3.0 grave

**Obs:** Assinar e carimbar o exame \_\_\_\_\_

## AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA – CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DA AVALIAÇÃO: \_\_\_\_\_

	<b>SAUDÁVEL</b>	<b>DEMÊNCIA QUESTIONÁVEL</b>	<b>DEMÊNCIA LEVE</b>	<b>DEMÊNCIA MODERADA</b>	<b>DEMÊNCIA GRAVE</b>
	<b>CDR 0</b>	<b>CDR 0,5</b>	<b>CDR 1</b>	<b>CDR 2</b>	<b>CDR 3</b>
<b>MEMÓRIA</b>	Sem perda da memória, ou apenas esquecimento discreto e inconsistente  <input type="checkbox"/>	Esquecimento leve e consistente; lembrança parcial de eventos; esquecimento “benigno”  <input type="checkbox"/>	Perda de memória moderada, mais acentuada para fatos recentes, o deficit interfere com atividades do dia-a-dia  <input type="checkbox"/>	Perda de memória grave; apenas material muito aprendido é retido; materiais novos são rapidamente perdidos  <input type="checkbox"/>	Perda de memória grave; apenas fragmentos permanecem  <input type="checkbox"/>
<b>ORIENTAÇÃO</b>	Plenamente orientado  <input type="checkbox"/>	Plenamente orientado  <input type="checkbox"/>	Dificuldade moderada com as relações do tempo; orientado no espaço, no exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais  <input type="checkbox"/>	Geralmente desorientado  <input type="checkbox"/>	Orientação pessoal apenas  <input type="checkbox"/>
<b>JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS</b>	Resolve bem problemas do dia-a-dia; juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado  <input type="checkbox"/>	Leve comprometimento na solução de problemas, semelhanças e diferenças  <input type="checkbox"/>	Dificuldade moderada na solução de problemas, semelhanças e diferenças; julgamento social geralmente mantido  <input type="checkbox"/>	Gravemente comprometido para solução de problemas, semelhanças e diferenças; juízo social geralmente comprometido  <input type="checkbox"/>	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico  <input type="checkbox"/>
<b>ASSUNTOS DA COMUNIDADE</b>	Função independente nas atividades de trabalho, compras, negócios, finanças e grupos sociais  <input type="checkbox"/>	Leve dificuldade nestas atividades  <input type="checkbox"/>	Incapaz de funcionar independentemente nas atividades, embora ainda possa desempenhar algumas; pode parecer normal na avaliação inicial  <input type="checkbox"/>	Sem possibilidade de desempenho fora de casa; parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa  <input type="checkbox"/>	Sem possibilidade de desempenho fora de casa; parece muito doente para ser levado a atividades fora de casa  <input type="checkbox"/>
<b>LAR E PASSATEMPOS</b>	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais mantidos  <input type="checkbox"/>	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais levemente afetados  <input type="checkbox"/>	Comprometimento leve mas evidente em casa; abandono de tarefas mais difíceis; passatempos e interesses mais complicados são abandonados  <input type="checkbox"/>	Só realiza tarefas mais simples. Interesses muito limitados e pouco mantidos  <input type="checkbox"/>	Sem qualquer atividade significativa em casa  <input type="checkbox"/>
<b>CUIDADOS PESSOAIS</b>	Plenamente capaz  <input type="checkbox"/>	Plenamente capaz  <input type="checkbox"/>	Necessita de assistência ocasional  <input type="checkbox"/>	Requer assistência no vestir e na higiene  <input type="checkbox"/>	Requer muito auxílio nos cuidados pessoais. Geralmente incontinente  <input type="checkbox"/>

**Score final:** \_\_\_\_\_



## 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

1	2	3	4	5	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*		
						1º mês	2º mês	3º mês
					<input type="text"/>			
					<input type="text"/>			
					<input type="text"/>			
					<input type="text"/>			
					<input type="text"/>			

9- CID-10\*  10- Diagnóstico

11- Anamnese\*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*

SIM. Relatar:

NÃO

**13- Atestado de capacidade\***

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?

NÃO  SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante\*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*

16- Data da solicitação\*  Hoje

17- Assinatura e carimbo do médico\*

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\*

Branca  Amarela

Preta  Indígena. Informar Etnia:

Parda  Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

CPF ou  CNS

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO