

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
DE DOENÇA DE ALZHEIMER – CIDS: F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8**

MEDICAMENTOS	CIDs ATENDIDOS
DONEPEZILA 5 MG – COMPRIMIDO	F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8
DONEPEZILA 10 MG - COMPRIMIDO	F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8
GALANTAMINA 8 MG - CÁPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8
GALANTAMINA 16 MG - CÁPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8
GALANTAMINA 24 MG - CÁPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8
MEMANTINA 10 MG - COMPRIMIDO REVESTIDO	F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8
RIVASTIGMINA 1,5 MG - CAPSULA	F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8
RIVASTIGMINA 3 MG - CÁPSULA	F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8
RIVASTIGMINA 4,5 MG - CÁPSULA	F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8
RIVASTIGMINA 6 MG - CÁPSULA	F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8
RIVASTIGMINA 9 MG (5 CM2 - 4,6MG/24H) ADESIVO TRANSDÉRMICO	F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8
RIVASTIGMINA 18 MG (10 CM2 - 9,5MG/24H) ADESIVO TRANSDÉRMICO	F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8

DOCUMENTOS

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME) (**VALIDADE DE 90 DIAS**);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (**VALIDADE DE 90 DIAS**);
- PRESCRIÇÃO MÉDICA DE CONTROLE ESPECIAL (**VALIDADE DE 30 DIAS**);
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREENCHIDO (NO CASO DE ASSINATURA POR RESPONSÁVEL APRESENTAR IDENTIDADE E CPF DO MESMO);
- NO CASO DE RETIRADA POR PORTADOR: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS COM CÓPIA DE RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE.

INFORMAÇÕES E EXAMES

NOTA:

A AUSÊNCIA DE INFORMAÇÕES ESSENCIAIS NO LAUDO MÉDICO OU O PREENCHIMENTO INCOMPLETO DO QUESTIONÁRIO FACULTATIVO PODE RESULTAR EM EXIGÊNCIAS ADICIONAIS, DIFICULTANDO O ACESSO DO(A) PACIENTE AO TRATAMENTO SOLICITADO. PORTANTO, É FUNDAMENTAL QUE O LAUDO MÉDICO CONTENHA **TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS**, CONFORME AS ORIENTAÇÕES ABAIXO.
CASO OPTE PELA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO FACULTATIVO, É FUNDAMENTAL QUE ESSE SEJA **TOTALMENTE RESPONDIDO**.

LAUDO:

- APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE ALZHEIMER (FACULTATIVO);

OU

- APRESENTAÇÃO DE LAUDO MÉDICO COM:

- DESCRIÇÃO DO QUADRO NEUROPSIQUIÁTRICO DO(A) PACIENTE, INCLUINDO CRITÉRIOS GERAIS (VÁLIDOS PARA QUALQUER DEMÊNCIA) E ELEMENTOS-CHAVE SUGESTIVOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER, CONFORME OS CRITÉRIOS DO *NATIONAL INSTITUTE ON AGING AND ALZHEIMER'S ASSOCIATION*, RECOMENDADOS PELA ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA (VIDE SEÇÃO "DIAGNÓSTICO" DO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DA DOENÇA DE ALZHEIMER);

- TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ATUAL E POSTERIOR, INCLUINDO AS POSOLOGIAS EMPREGADAS.

DOCUMENTOS (OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PACIENTES):

- CÓPIA DA ESCALA CLÍNICA DE AVALIAÇÃO DE DEMÊNCIA (CDR) (VAL.: 90 DIAS);
- CÓPIA DO MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) (VAL.: 90 DIAS).

EXAMES (OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PACIENTES):

- CÓPIA DO LAUDO DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ENCÉFALO (VAL.: 1 ANO);
- CÓPIA DE EXAME DE ÁCIDO FÓLICO (FOLATO) (VAL.: 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASE (AST). **OBS.:** TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO) CORRESPONDE AO MESMO EXAME (**VAL 180 DIAS**);
- CÓPIA DO EXAME DE ALANINA AMINOTRANSFERASE (ALT). **OBS.:** TRANSAMINASE GLUTÂMICA PIRÚVICA (TGP) CORRESPONDE AO MESMO EXAME (**VAL 180 DIAS**);
- CÓPIA DE EXAME DE CÁLCIO SÉRICO TOTAL (VAL.: 180 DIAS);
- CÓPIA DE EXAME DE DOSAGEM DE CREATININA SÉRICA (VAL.: 90 DIAS);
- CÓPIA DE EXAME DE DOSAGEM DE POTÁSSIO SÉRICO (VAL.: 180 DIAS);
- CÓPIA DE EXAME DE DOSAGEM DE SÓDIO SÉRICO (VAL.: 180 DIAS);
- CÓPIA DE EXAME DE DOSAGEM DE TSH (VAL.: 90 DIAS);
- CÓPIA DE EXAME DE DOSAGEM DE VITAMINA B12 (VAL.: 180 DIAS);
- CÓPIA DE EXAME DE GLICEMIA (GLICOSE) DE JEJUM (VAL.: 180 DIAS);
- CÓPIA DE EXAME DE HEMOGRAMA (VAL.: 180 DIAS);
- CÓPIA DE EXAME DE SOROLOGIA PARA LUES (VDRL) (VAL.: 180 DIAS).

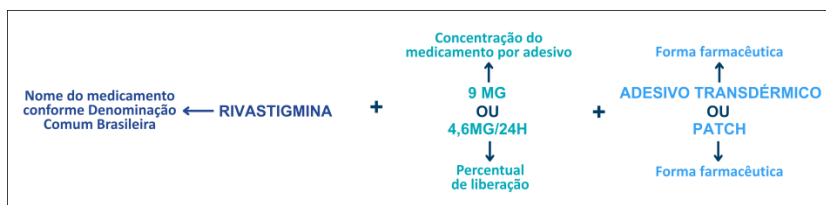
EXAMES (OBRIGATÓRIO PARA PACIENTES COM MENOS DE 60 ANOS):

- CÓPIA DO EXAME DE HIV (VAL: 180 DIAS).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

NOTA:

PARA A SOLICITAÇÃO DE RIVASTIGMINA (ADESIVO), É INDISPENSÁVEL INFORMAR O NOME DO MEDICAMENTO CONFORME A DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA (DCB), A FORMA FARMACÊUTICA E A CONCENTRAÇÃO OU PERCENTUAL DE LIBERAÇÃO, CONFORME O **EXEMPLO** ABAIXO:



OS MEDICAMENTOS DONEPEZILA, GALANTAMINA, MEMANTINA E RIVASTIGMINA ESTÃO SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL, ESTANDO INSERIDOS NA LISTA C1, CONFORME A PORTARIA 344/98, ATUALIZADA PELA RDC Nº 06, DE 18/02/2014. ASSIM, A VALIDADE DA PRESCRIÇÃO MÉDICA É DE **30 DIAS** APÓS SUA EMISSÃO. DESSE MODO, AO SOLICITAR OS MEDICAMENTOS, DEVE-SE APRESENTAR RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL, EM DUAS VIAS.

OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

A ENTREGA DOS EXAMES/DOCUMENTOS LISTADOS ABAIXO DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE. ESSES PODEM SER EXIGIDOS POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA QUE A AVALIAÇÃO DA SUA SOLICITAÇÃO SEJA CONCLUÍDA. VERIFIQUE COM SEU MÉDICO A NECESSIDADE DE ENTREGA DESSES EXAMES/DOCUMENTOS CONFORME O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESPECÍFICO PARA SUA SITUAÇÃO CLÍNICA.

PARA A SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO E/OU TROCA DE MEDICAMENTO(S), DEVE-SE APRESENTAR NOVAMENTE OS SEGUINTE DOCUMENTOS ATUALIZADOS:

- CÓPIA DA ESCALA CLÍNICA DE AVALIAÇÃO DE DEMÊNCIA (CDR) (VAL.: 90 DIAS);
- CÓPIA DO MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) (VAL.: 90 DIAS).



QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE ALZHEIMER (facultativo)

1. NOME DO(A) PACIENTE:

2. IDADE DO PACIENTE:

3. SEXO:

FEMININO

MASCULINO

4. PREENCHA, ADEQUADAMENTE, OS CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA O DIAGNÓSTICO DA DE DEMÊNCIA (QUALQUER ETIOLOGIA) E OS ELEMENTOS-CHAVE PARA O DIAGNÓSTICO PROVÁVEL DA DOENÇA DE ALZHEIMER:

PRINCIPAIS CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA O DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA DE QUALQUER ETIOLOGIA

MEMÓRIA*

FUNÇÕES EXECUTIVAS*

HABILIDADES VÍSUO-ESPACIAIS*

LINGUAGEM*

PERSONALIDADE*

*Descrever, caso considere necessário.

ELEMENTOS-CHAVE PARA O DIAGNÓSTICO PROVÁVEL DE DOENÇA DE ALZHEIMER

ELEMENTOS-CHAVE DOS CRITÉRIOS PARA DEMÊNCIA DEVIDO A DOENÇA DE ALZHEIMER

- INÍCIO INSIDIOSO (MESES A ANOS)
- CLARA HISTÓRIA DE PERDA COGNITIVA REFERIDA PELO INFORMANTE
- O DÉFICIT COGNITIVO MAIS PROEMINENTE E INICIAL É EVIDENTE NA HISTÓRIA E EXAME EM UMA DAS SEGUINTE CATEGORIAS:
 - () APRESENTAÇÃO AMNÉSICA: MAIS COMUM, DEVE HAVER PREJUÍZO NO APRENDIZADO E NA EVOCAÇÃO DE INFORMAÇÕES RECENTEMENTE APRENDIDAS
 - () APRESENTAÇÃO NÃO AMNÉSICA: PREJUÍZOS NA LINGUAGEM, HABILIDADES VÍSUA-ESPACIAIS OU FUNÇÃO EXECUTIVA

National Institute on Aging and Alzheimer's Association (NIA-AA) [Criteria for Alzheimer Disease – NIA- AA], endossados pela Academia Brasileira de Neurologia (ABN). Adaptação do conteúdo do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer.

5. SOLICITAÇÃO ATUAL

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO/TROCA/AJUSTE DE DOSE DE MEDICAMENTO

() PRIMEIRA SOLICITAÇÃO DE _____

() SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE _____

() SOLICITAÇÃO DE TROCA DE _____

POR _____

6. OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES:

DATA DE PREENCHIMENTO: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL: _____



Nome do(a) paciente: _____

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ORIENTAÇÃO

* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).	5
* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou local ¹) (nº ou andar ²).	5

REGISTRO

* Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL. (Pedir para prestar atenção, pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até 5 vezes, para que evoque corretamente e anotar número de vezes: _____)	3
--	---


ATENÇÃO E CÁLCULO

* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65) Alternativo³ : série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)	5
--	---

EVOCAÇÃO

* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)	3
--	---

LINGUAGEM

* Identificar lápis e relógio de pulso (sem estar no pulso).	2
* Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá"	1
* Seguir o comando de três estágios: "Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão". (Falar essa frase de forma inteira e apenas uma vez).	3
* Ler ("só com os olhos") e executar: FECHER OS OLHOS	1
* Escrever uma frase (um pensamento, ideia completa)	1
* Copiar o desenho: 	1

TOTAL	30
--------------	-----------

1 Rua é usado para visitas domiciliares. **Local** para consultas no hospital ou outra instituição.

2 Nº é usado para visitas domiciliares. Andar para consultas no hospital ou outra instituição.

3 Alternativo é usado quando o entrevistado erra **JÁ** na primeira tentativa, **OU** acerta na primeira e erra na segunda. **SEMPRE** que o alternativo for utilizado, o escore do item será aquele obtido com ele. **Não importa se a pessoa refere ou não saber fazer cálculos** – de qualquer forma se inicia o teste pedindo que faça a subtração inicial. A ordem de evocação tem que ser exatamente a da apresentação!

Obs.: na forma alternativa a pontuação máxima também é de 5 pontos. A ordem de evocação tem que ser exatamente a da apresentação.

Data da avaliação: ____/____/____

Escolaridade (nº de anos completos de estudo)*: _____

* Ex: levou 10 anos para concluir a 4ª série, considera-se escolaridade de 4 anos.

Assinatura e carimbo do(a) médico(a) responsável: _____



Nome do(a) paciente: _____

ESCALA CDR (CLINICAL DEMENTIA RATING)

	Saudável CDR 0	Demência questionável CDR 0,5	Demência leve CDR 1	Demência moderada CDR 2	Demência grave CDR 3
MEMÓRIA	Sem perda de memória, ou apenas esquecimento discreto e inconsistente.	Esquecimento leve e consistente; lembrança parcial de eventos; "esquecimento benigno".	Perda de memória moderada, mais acentuada para fatos recentes; o déficit interfere com atividades do dia-a-dia.	Perda de memória grave; apenas material muito aprendido é retido; materiais novos são rapidamente perdidos	Perda de memória grave; permanecem apenas fragmentos.
ORIENTAÇÃO	Plenamente orientado	Plenamente orientado	Dificuldade moderada com relações temporais; orientado no espaço durante o exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais.	Geralmente desorientado.	Orientação pessoal apenas.
JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Resolve bem problemas do dia-a-dia, juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado.	Leve comprometimento da solução de problemas, semelhanças e diferenças.	Dificuldade moderada da solução de problemas, semelhanças e diferenças; julgamento social geralmente mantido.	Solução de problemas, semelhanças e diferenças gravemente comprometidas. Juízo social geralmente comprometido.	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico.
ASSUNTOS NA COMUNIDADE	Atuação independente na função habitual de trabalho, compras, negócios, finanças e grupos sociais.	Leve dificuldade nessas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nessas atividades, embora ainda possa desempenhar algumas; pode parecer normal à avaliação superficial.	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa.	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece muito doente para ser levado a atividades fora de casa.
LAR E PASSATEMPOS	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais mantidos.	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais levemente afetados.	Comprometimento leve em casa; abandono das tarefas mais difíceis; passatempos e interesses mais complicados são também abandonados.	Só realiza as tarefas mais simples. Interesses muito limitados e pouco mantidos.	Sem qualquer atividade significativa em casa
CUIDADOS PESSOAIS	Plenamente capaz.	Plenamente capaz.	Necessita assistência ocasional.	Requer assistência no vestir e na higiene.	Requer muito auxílio nos cuidados pessoais. Geralmente incontinente.

Data da avaliação: ____/____/____

CDR: _____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a) responsável: _____

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
DONEPEZILA, GALANTAMINA, RIVASTIGMINAE MEMANTINA

Eu, _____ nome do(a) paciente ou de seu responsável), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de donepezila, galantamina, rivastigmina e memantina, indicadas para o tratamento da doença de Alzheimer.

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 os seguintes benefícios:

- redução na velocidade de progressão da doença e
- melhora da memória e da atenção.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- não se sabe ainda ao certo os riscos do uso desses medicamentos na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- efeitos adversos da **donepezila** mais comuns: insônia, náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, dispepsia, câibras musculares, cansaço; menos comuns: dor de cabeça, sonolência, tontura, depressão, perda de peso, sonhos anormais, aumento da frequência urinária, desmaios, bradicardia, artrite e manchas roxas na pele;
- efeitos adversos da **galantamina** mais comuns: náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, perda de peso, dor abdominal, dispepsia, gases, tontura, dor de cabeça, depressão, cansaço, insônia e sonolência; menos comuns: infecção do trato urinário (com sangue na urina), incontinência urinária, anemia, tremor, rinite e problemas hepáticos;
- efeitos adversos da **rivastigmina** mais comuns: tontura, dor de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, cansaço, insônia, confusão mental e dor abdominal; menos comuns: depressão, ansiedade, sonolência, alucinações, desmaios, hipertensão, dispepsia, prisão de ventre, gases, perda de peso, infecção do trato urinário, fraqueza, tremor, angina, úlcera gástrica ou duodenal e erupções cutâneas; os adesivos transdérmicos também podem causar reações na pele no local da aplicação como vermelhidão, coceira, irritação e inchaço no local da aplicação;
- 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.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendome a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive se desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer em uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () sim () não

O meu tratamento constará do (s) seguinte (s) medicamento(s):

- | | |
|-----------------|------------------|
| () donepezila | () rivastigmina |
| () galantamina | () memantina |

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
Data de preenchimento: ____/____/____		
Assinatura e carimbo do médico: _____		

Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.



AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Eu, _____, portador (a) do CNS
(nome do paciente ou responsável)

nº _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____,

autorizo o (a) Sr(a). _____,
(nome do procurador ou portador)

portador (a) da carteira de identidade nº _____ expedida pelo _____,
inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente na

_____, telefone de
contato (____) _____, **a retirar meu(s) medicamento(s) na unidade do
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**

Data: _____

Assinatura **Paciente/Responsável:** _____

Assinatura do **Procurador/Portador (a):** _____

Autenticação do (a) Farmacêutico (a)/CEAF

Observações:

- Este documento deverá ser apresentado no momento da dispensação, juntamente com os seguintes documentos:
- Identidade, CPF e Comprovante de Residência do PROCURADOR/PORTADOR (a) (original e cópia);
- Identidade do PACIENTE (cópia);
- Cartão Original de Dispensação da unidade (caso a unidade possua);
- Receituário Médico e LME atualizados (se solicitados);