

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO PARA SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ CID – G61.0 (IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G)

 NOME **(COMPLETO)** DO PACIENTE: _____

| DOCUMENTO | EXAMES ESPECÍFICOS | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME) <input type="checkbox"/> CHECKLIST PREENCHIDO POR NEUROLOGISTA OU NEUROCIRURGIÃO COMPROVANDO A INDICAÇÃO DO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE IDENTIDADE <input type="checkbox"/> CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA(90 DIAS) <input type="checkbox"/> CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <input type="checkbox"/> NO CASO DE RETIRADA POR PORTADOR: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS COM CÓPIA DE RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (90 DIAS) DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE <input type="checkbox"/> PRESCRIÇÃO MÉDICA (90 DIAS) <input type="checkbox"/> TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE (NO CASO DE RESPONSÁVEL APRESENTAR IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA [90 DIAS] DO MESMO). | EXAME DE LÍQUOR: (OBRIGATÓRIO) <table border="1" style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td>Validade do exame (60 dias)</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Alta concentração de proteína <input type="checkbox"/> Presença de menos de 10 células/mm ³ ELETRONEUROMIOGRAFIA (3 DE 4): (FACULTATIVO) <input type="checkbox"/> Redução da velocidade de condução motora em 2 ou mais nervos; <input type="checkbox"/> Bloqueio de condução do potencial na neuro condução motora ou dispersão temporal anormal em 1 ou mais nervos <input type="checkbox"/> Prolongamento da latência motora distal em 2 ou mais nervos <input type="checkbox"/> Prolongamento de latência da onda-F ou ausência da mesma (*Geralmente ausentes antes de 5-7 dias, podendo não revelar anormalidades em até 15%-20% dos casos após este período). | Validade do exame (60 dias) |
| Validade do exame (60 dias) | | |

CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO
OBRIGATÓRIO PRESENÇA DE 3 CRITÉRIOS ESSENCIAIS:

- FRAQUEZA PROGRESSIVA DE MAIS DE UM MEMBRO OU DE MÚSCULOS CRANIANOS DE GRAUS VARIÁVEIS, DESDE PARESIA LEVE ATÉ PLEGIA?
- HIPORREFLEXIA E ARREFLEXIA DISTAL COM GRAUS VARIÁVEIS DE HIPORREFLEXIA PROXIMAL?
- DOENÇA MODERADA-GRAVE (ESCALA DE INCAPACIDADE) E MENOS DE 8 SEMANAS DE EVOLUÇÃO ?

OBRIGATÓRIO PRESENÇA DE 3 CRITÉRIOS CLÍNICOS SUGESTIVOS:

- PROGRESSÃO DOS SINTOMAS AO LONGO DE 4 SEMANAS OU MENOS?
- DEMONSTRAÇÃO DE RELATIVA SIMETRIA DA PARESIA DE MEMBROS?
- SINAIS SENSITIVOS LEVES A MODERADOS?
- ENVOLVIMENTO DE NERVOS CRANIANOS, ESPECIALMENTE FRAQUEZA BILATERAL DOS MÚSCULOS FACIAIS?
- DOR?
- DISFUNÇÃO AUTÔNOMICA?
- AUSÊNCIA DE FEBRE NO INÍCIO DO QUADRO?

CRITÉRIOS QUE REDUZEM A POSSIBILIDADE DA SGB:

- FRAQUEZA ASSIMÉTRICA?
- DISFUNÇÃO INTESTINAL E DE BEXIGA NO INÍCIO DO QUADRO?
- AUSÊNCIA DE RESOLUÇÃO DE SINTOMAS INTESTINAIS/URINÁRIOS?
- PRESENÇA DE MAIS DE 50 CÉLULAS/MM³ NA ANÁLISE DO LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO?
- PRESENÇA DE CÉLULAS POLIMORFONUCLEARES NO LCR?
- NÍVEL SENSITIVO BEM DEMARCADO?

CRITÉRIOS QUE EXCLUEM A POSSIBILIDADE DA SGB:

- HISTÓRIA DE EXPOSIÇÃO A HEXACARBONO, PRESENTE EM SOLVENTES, TINTAS, PESTICIDAS OU METAIS PESADOS?
- ACHADOS SUGESTIVOS DE METABOLISMO ANORMAL DA PORFIRINA?
- HISTÓRIA RECENTE DE DIFTERIA?
- SUSPEITA CLÍNICA DE INTOXICAÇÃO POR CHUMBO (OU OUTROS METAIS PESADOS)?
- SÍNDROME SENSITIVA PURA (AUSÊNCIA DE SINAIS MOTORES)?
- DIAGNÓSTICO DE BOTULISMO, MIASTENIA GRAVIS, POLIOMIELITE, NEUROPATIA TÓXICA, PARALISIA CONVERSIVA?

QUAL A ESCALA DA GRAVIDADE CLÍNICA DA SGB ABAIXO QUE O PACIENTE SE ENQUADRA?

- 0:** SAUDÁVEL
- 1:** COM SINAIS E SINTOMAS MENORES DE NEUROPATIA, MAS CAPAZ DE REALIZAR TAREFAS MANUAIS
- 2:** APTO A CAMINHAR SEM AUXÍLIO DA BENGALA, MAS INCAPAZ DE REALIZAR TAREFAS MANUAIS
- 3:** CAPAZ DE CAMINHAR SOMENTE COM BENGALA OU SUPORTE
- 4:** CONFINADO A CAMA OU CADEIRA DE RODAS
- 5:** NECESSITA DE VENTILAÇÃO ASSISTIDA
- 6:** MORTE

ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO: 0,4g/kg/dia, via intravenosa por 2 a 5 dias;
APRESENTAÇÃO DISPONÍVEL: IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G FRASCO
DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: _____

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

IMUNOGLOBULINA HUMANA

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 do medicamento **imunoglobulina humana**, indicado para o tratamento de **Síndrome de Guillain-Barré**.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas 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:

- diminuição do tempo de recuperação motora (maior rapidez do início da capacidade de caminhar com ou sem auxílio);
- diminuição de complicações associadas, incluindo necessidade de ventilação mecânica;
- diminuição do tempo de ventilação mecânica, caso esta seja necessária;
- aumento da força muscular em 1 ano; - diminuição da mortalidade em 1 ano.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

- não se sabe ao certo os riscos do uso deste medicamento na gravidez, portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente ao meu médico;

- os efeitos colaterais já relatados são: dor de cabeça, calafrios, febre, reações no local de aplicação da injeção, que incluem dor, coceira e vermelhidão.

Problemas nos rins também já foram relatados.

- medicamento contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco; - o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

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. Sei também que continuarei a ser assistido, inclusive se desistir de usar o medicamento.

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

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

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



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria de Atenção à Saúde
Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

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

CNS 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);