



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
DIRETORIA DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

(ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA)

DOCUMENTOS

- LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME)
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRA DE IDENTIDADE
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
- RECEITA MÉDICA
- FORMULÁRIO ESPECÍFICO: INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR TERCEIROS:

- PARA RESPONSÁVEL DO PACIENTE INCAPAZ, DECLARADO PELO MÉDICO NO LME:**
CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E TELEFONE PARA CONTATO.
- PARA REPRESENTANTE DO PACIENTE:**
PROCURAÇÃO COM PODER OUTORGADO PELO PACIENTE, ASSINADA E REGISTRADA EM CARTÓRIO;
CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E TELEFONE PARA CONTATO.

EXAMES

- ELETRONEUROMIOGRAFIA DOS 4 MEMBROS (ÚLTIMO EXAME REALIZADO)
- HEMOGRAMA E PLAQUETAS (VALIDADE 3 MESES)
- RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DO ENCÉFALO E JUNÇÃO CRÂNIOCERVICAL (ÚLTIMO EXAME REALIZADO)
- TRANSAMINASES HEPÁTICAS (VALIDADE 3 MESES)
- URÉIA E CREATININA (VALIDADE 3 MESES)
- TEMPO DE PROTROMBINA (VALIDADE 3 MESES)

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
DIRETORIA DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

**ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA - ELA
FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Nome do Paciente _____

CPF _____

1. SUBTIPOS SEGUNDO CRITÉRIOS DE EL ESCORIAL – (assinalar)

ELA definitiva

Sinais de neurônio motor superior (NMS) e inferior (NMI) em três regiões (bulbar, cervical, torácica ou lombo-sacra)

ELA provável

Sinais de NMS e NMI em DUAS regiões (bulbar, cervical, torácica ou lombo-sacra) com algum sinal de NMS rostral aos sinais de NMI.

ELA provável com suporte laboratorial

Sinais de NMS e NMI em uma região ou sinais de NMS em uma ou mais regiões + Evidência de desnervação aguda na eletroneuromiografia em DOIS ou mais segmentos.

ELA possível

Sinais de NMS e NMI em UMA região somente.

ELA suspeita

Sinais de NMI em uma ou mais regiões (bulbar, cervical, torácica ou lombo-sacra). Sinais de NMS em uma ou mais regiões (bulbar, cervical, torácica ou lombo-sacra).

Em todas as modalidades deve haver evidência progressão da doença e ausência de sinais sensitivos.

2. INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA ALGUM DOS SEGUINTE CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Insuficiência renal

Insuficiência hepática

Distúrbios visuais, autonômicos ou esfínterianos

Doença do corno anterior medular

Outra doença grave ou incapacitante incurável ou potencialmente fatal

Eletroneuromiografia sem demonstração de bloqueio da condução motora ou sensitiva.

Hipersensibilidade ao medicamento

Ventilação assistida

Gravidez / amamentação

Demência

Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.

Médico assistente - Assinatura e Carimbo

Data ___/___/_____

PROCURAÇÃO – MENOR DE 18 ANOS

Pelo presente instrumento particular de procuração, _____
(NOME COMPLETO DO PACIENTE)

_____, menor, neste ato representado por seu(sua)

representante legal _____,
(NOME COMPLETO DO(A) REPRESENTANTE LEGAL)

_____, portador(a) da cédula de identidade nº _____,
(PROFISSÃO)

expedida por _____ e inscrito (a) no CPF nº _____,

residente e domiciliado na _____
(ENDEREÇO COMPLETO)

CEP nº _____, telefone (__) _____, nomeia e constitui seu

bastante procurador _____,
(NOME COMPLETO DO PROCURADOR/OUTORGADO)

_____, _____, _____,
(NACIONALIDADE) (ESTADO CIVIL) (PROFISSÃO)

portador(a) da cédula de identidade nº _____, expedida por _____

_____ e inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado na

_____,
(ENDEREÇO COMPLETO)

CEP nº _____, telefone (__) _____, outorgando-lhe

poderes para representá-lo(a) junto à Superintendência de Assistência Farmacêutica da

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em todos os atos relativos ao procedimento de

solicitação de medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica,

inclusive o seu(s) recebimento(s), se for o caso.

_____, _____ de _____ de _____.
(LOCAL E DATA)

(ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL LEGAL DO PACIENTE/MENOR)

(RECONHECIMENTO DE FIRMA)

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, _____
(NOME COMPLETO DO PACIENTE/OUTORGANTE)

_____, _____,
(PROFISSÃO)

portador(a) da cédula de identidade nº _____ e inscrito(a) no CPF sob o nº

_____, residente e domiciliado(a) na _____

_____,
(ENDEREÇO COMPLETO)

CEP nº _____, telefone (__) _____, nomeia e constitui seu

bastante procurador _____

(NOME COMPLETO DO PROCURADOR/OUTORGADO)

_____, _____, _____,
(NACIONALIDADE) (ESTADO CIVIL) (PROFISSÃO)

portador(a) da cédula de identidade nº _____ e inscrito(a) no CPF sob o nº

_____, residente e domiciliado(a) na _____

_____,
(ENDEREÇO COMPLETO)

CEP nº _____, telefone (__) _____, outorgando-lhe poderes para

representá-lo(la) junto à Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em todos os atos relativos ao procedimento de solicitação de medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, inclusive o seu(s) recebimento(s), se for o caso.

_____, _____ de _____ de _____.
(LOCAL E DATA)

(ASSINATURA DO PACIENTE/OUTORGANTE)

(RECONHECIMENTO DE FIRMA)



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
DIRETORIA DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

**REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO(S) DO COMPONENTE
ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

NOME COMPLETO DO PACIENTE	
CPF	TELEFONE(S) PARA CONTATO

Campos de informações pessoais.

PREENCHIMENTO PELO MUNICÍPIO	
MUNICÍPIO	TELEFONE PARA CONTATO
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	


Campos a serem preenchidos quando os documentos são entregues nas Unidades de Saúde da SMS.

PREENCHIMENTO PELA UNIDADE SOLICITANTE	
UNIDADE SOLICITANTE	TELEFONE PARA CONTATO
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	

Campos a serem preenchidos pelas Unidades Regionais de Saúde (URS)/SES-MG ou estabelecimentos credenciados.

Estou ciente que este processo foi cadastrado no programa de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e que será emitido parecer pela equipe de analistas da SES/MG podendo ser DEFERIDO, INDEFERIDO ou DEVOLVIDO de acordo como os critérios estabelecidos nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, nas portarias e nas resoluções estaduais.	
DATA ____/____/____	LOCAL
_____ ASSINATURA DO(A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL	

Campos a serem preenchidos pelo usuário.

Nº DO PROTOCOLO (SIGED)	URS REFERENTE AO MUNICÍPIO DE RESIDENCIA DO USUÁRIO _____
DATA DO SIGED ____/____/____	

Campos de protocolo e identificação da URS a qual o usuário pertence.

**Termo de Esclarecimento Responsabilidade
Riluzol**

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento **riluzol**, indicado para o tratamento da **Esclerose Lateral Amiotrófica**.

Os termos médicos me 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 as seguintes melhorias:

- aumento do tempo de sobrevida.

Fui também claramente informado a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos 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 adversos incluem fraqueza, sono, náuseas, vômitos, diarreia, dor na barriga, formigamentos alteração nas enzimas do fígado, dor de cabeça, aumento dos batimentos do coração, diminuição das células brancas (diminuição das defesas) e vermelhas (anemia) do sangue.

- contraindicado em pacientes com hipersensibilidade ao riluzol ou aos componentes da fórmula e aqueles com problemas no fígado.

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 ser assistido, inclusive em caso de eu 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.

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:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____			

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra entregue ao usuário ou seu responsável legal.