GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

Elaboração: 2016	Última revisão: 07/04/2022	Próxima Revisão: 04/2024	Revisão: 05

DOENÇA DE ALZHEIMER

PCDT / CID 10: G30.0; G30.1; G30.8; F00.0; F00.1; F00.2 PORTARIA CONJUNTA Nº13, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017.
NT/CID 10: G30.0; G30.1; G30.8 NORMA ÉCNICA SES/PE Nº21/2013, DE 05 DE NOVEMBRO DE 2013.

Informações Gerais
Este é um guia que contém orientações sobre o medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento.

Medicamentos CEAF	
Risperidona 1 mg comprimido (NT); Memantina 10 mg comprimido; Donepezila 5 ou 10 mg, comprimido; Galantamina 8, 16 ou 24 mg, cápsula.	Rivastigmina cápsulas de 1,5mg, 3mg, 4,5mg e 6 mg; solução oral de 2 mg/mL Rivastigmina 9 mg, adesivo transdérmico de 5 cm; Rivastigmina 18 mg, adesivo transdérmico de 10 cm.

Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia)
( ) Carteira de identidade com foto (RG) ( ) Cadastro de Pessoa Física (CPF) ( ) Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência) ( ) Cartão Nacional de Saúde (CNS) ( ) Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)	
✓ Solicitação inicial	✓ Renovação a cada 6 (seis) meses
( ) **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); ( ) **Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento; ( ) **Laudo médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico. Informar escolaridade do paciente no Mini-Exame do estado mental. ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**	( ) **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (em qualquer mudança na terapêutica informar no campo (anamnese) e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); ( ) **Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento. ( ) **Laudo médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico, para mudança de posologia.

Exames	
✓ Solicitação inicial	✓ Renovação a cada 6 (seis) meses
Para Donepezila, Galantamina e Rivastigmina, Memantina: ( ) **Roteiro de Avaliação** Mini exame do Estado Mental (MEEM) e Escala Clinical Dementia Ratis (CDR) - realizado pelo médico; ( ) Hemograma com plaquetas; ( ) Dosagem do hormônio da Tireóide – TSH; ( ) Tomografia ou ressonância nuclear magnética de crânio, para excluir múltiplas isquemias, hemorragia ou tumores. ( ) Dosagem de Creatinina Sérica; ( ) Sódio sérico; ( ) Potássio Sérico; ( ) Glicemia de jejum; ( ) Uréia; ( ) Teste Luético – VDRL; ( ) Vitamina B12. ( ) Ácido fólico (folato)	**Para todos:** ( ) **Roteiro de Avaliação** Mini exame do Estado Mental (MEEM) e Escala Clinical Dementia Ratis (CDR) - realizado pelo médico; **Para Risperidona (NT)também:** ( ) Dosagem de Creatinina Sérica; ( ) Hemograma; ( ) Sumário de Urina; ( )Proteinúria de 24 horas – **quando positivo em sumário de urina** ( ) Avaliação de delírio e alucinação na doença de alzheimer (RISPERIDONA) ( ) Dosagem de Prolactina **Para Galantamina, também:** ( ) Creatinina; ( ) AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO); ( ) ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP).

( ) Cálcio sérico (apenas donepezila) ( ) AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO); ( ) ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP). **Para Risperidona (NT):** ( ) **Roteiro de Avaliação** Mini exame do Estado Mental (MEEM/MEMFE) e Escala Clinical Dementia Ratis (CDR) - realizado pelo médico; ( ) Sumário de Urina; ( ) Proteinúria de 24 horas – **quando positivo em sumário de urina;** ( ) Dosagem de Prolactina ( ) Avaliação de delírio e alucinação na doença de alzheimer (RISPERIDONA).	
O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Em casos de resultado fora do especificado ou ausência de algum exame o médico deverá justificar para ser analisado. Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença.	

Para recebimento da medicação (mensal) – Risperidona, Memantina, Galantamia e Rivastigmina.
( ) Receituário de Controle Especial em duas vias com validade para 30 dias; Tratamento para até 60 dias por receita.
• O farmacêutico deverá anotar cada dispensação seguinte no verso da notificação. A notificação e receita deverão conter a posologia e tempo de tratamento para 60 dias. Em casos em que não constar o farmacêutico exigirá a receita em cada dispensação ou a cada intervalo de acordo com a notificação entregue.
Notificação ou receita especial deverá ser anexada junto ao recibo de recebimento do medicamento e arquivada para fins de fiscalização.

Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam as especialidades neurologia, psiquiatria ou geriatria de que trata este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e credenciadas à **Farmácia de Pernambuco.**

Observações:

1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia.

2. Quando de RENOVAÇÃO DA LME, se não houver alteração do tipo, dose e orientação de uso da medicação, médicos de outras especialidades que não a(s) citada(s) acima poderão fazer o preenchimento para dispensação (embora sempre deverão preencher o item de anamnese – o campo que dever conter um relatório sucinto – da condição clínica do paciente.

3. No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista.

Para receber os medicamentos

O paciente ou seu representante deve ser atendido em algum serviço de Doenças Raras que vai solicitar toda documentação necessária e encaminhar a Farmácia de Pernambuco que fará a dispensação da medicação na Unidade que o paciente é atendido.
No ato da entrega o paciente ou seu representante devem realizar a conferência (identificação, apresentação farmacêutica, lote, validade e quantidade dispensada que deve está de acordo com o recibo que o mesmo assinará).

Observações

- A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico.
- Para o remédio em casa, o paciente recebe a ligação e concorda em receber o medicamento. Nesse caso ele deve permanecer no programa no mínimo 6 meses e aguardar o medicamento no período acordado (manhã ou tarde).
- Para acesso a Portaria integral acesse: http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes
- Para acesso a Normas Técnicas Estaduais acesse: http://www.farmacia.pe.gov.br/normas-tecnicas

Termo de Consentimento para tratamento de dados pessoais - Lei LGPD nº 13.709, de 14 de agosto de 2018

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o proprietário dos dados concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Ao aceitar o presente termo, o proprietário do dado consente e concorda que seus dados serão usados pela Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco para alimentar o Sistema Hórus do Ministério da Saúde para ter acesso ao seu tratamento.

_____

Assinatura do paciente ou responsável legal

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) E (MEMFE*)

Paciente:_____

Escolaridade (número de anos completos de escolaridade formal):_____Data da Avaliação: __/___/ _____

ORIENTAÇÃO TEMPORAL

Dia da semana (0 - 1 ponto)	
Data do mês (0 - 1 ponto)	
Mês (0 - 1 ponto)	
Ano (0 - 1 ponto)	
Hora – aproximação de 1 hora (0 - 1 ponto)	

ORIENTAÇÃO ESPACIAL

Local específico - sala da avaliação (0 - 1 ponto)	
Instituição (residência, hospital, clínica) (0 - 1 ponto))	
Bairro ou rua próxima (0 - 1 ponto)	
Cidade (0 - 1 ponto)	
Estado (0 - 1 ponto)	

MEMÓRIA IMEDIATA

Fale 3 palavras não relacionadas. Manga – Cadeira – Sapato. Posterior ao item cálculo, pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta (0 - 3 pontos).	

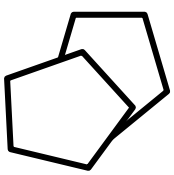
ATENÇÃO E CÁLCULO

Subtrair 100 – 7: 5 tentativas: 93- 86- 79 -72 – 65 (1 ponto para cada item correto)	
(Escolaridade até 4 anos) **Subtrair 25 – 1: 5 tentativas: 25 - 24 – 23 – 22 – 21(1 ponto para cada subgrupo correto).**	

EVOCAÇÃO

Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra evocada: 0 - 3 pontos)	

LINGUAGEM

Nomeação: Nomear um relógio e uma caneta (0 - 2 pontos)	
Repetição: Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (0 - 1 ponto)	
Compreensão: (falar a frase de forma inteira apenas 1 vez): "Pegue este papel com a mão direita. Dobre ao meio e coloque no chão (0 - 3 ptos)	
Leitura: Ler em silêncio e obedecer a ordem de: "feche os olhos" (0 - 1 ponto)	
Escrita: Escrever uma frase que tenha começo, meio e fim (0 - 1 ponto)	
Copiar um desenho (0 - 1 ponto) Pentágonos ou triângulo (Escolaridade até 4 anos) 	

ESCORE MEM ou MEMFE: (_____/ 30

_____

Assinatura e carimbo do médico.

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA - escala CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)

Nome do paciente: _____

	Saudável CDR 0	Demência questionável CDR 0,5	Demência leve CDR 1	Demência moderada CRD 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; apenas fragmentos permanecem ( )
ORIENTAÇÃO	Plenamente orientado ( )	Plenamente orientado ( )	Dificuldade moderada com as relações de tempo; orientado no espaço no exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais ( )	Geralmente desorientado ( )	Orientação pessoal apenas ( )
JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Resolve bem problemas do dia-adia, juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado ( )	Leve comprometimento na solução de problemas, semelhanças e diferenças ( )	Dificuldade moderada na solução de problemas, semelhanças e diferenças; julgamento social geralmente mantido ( )	Gravemente comprometido para solução de problemas, semelhanças e diferenças. Juízo social geralmente comprometido ( )	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico ( )
ASSUNTOS NA COMUNIDADE	Função independente na função habitual de trabalho, compras, negócios, finanças, e grupos sociais ( )	Leve dificuldade nestas atividades ( )	Incapaz de funcionar independentemente nestas 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 mas evidente 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 ( )

Resultado: _____

_____

Assinatura e carimbo do médico

AVALIAÇÃO DE DELÍRIO E ALUCINAÇÃO NA DOEÇA DE ALZHEIMER (RISPERIDONA)
Liptzin 1999, Goldberg & Goldberg 1997

Nome do paciente: _____
Escolaridade (em anos):_____Data da Avaliação:_____/_____/ _____

QUESTIONÁRIO
Causa ao paciente constrangimento em acreditar que (dois ou mais itens, três vezes por semana):

Sintomas Psicóticos	Presente	Observação
01. As pessoas estão lhe furtando?		
02. Seu cônjuge está lhe traindo?		
03. Convidados não bem vindos estão morando em sua casa?		
04. Seu cônjuge ou outras pessoas não são quem dizem ser?		
05. Sua casa não é a sua?		
06. Os membros de sua família planejam abandoná-lo?		
07. Personagem da TV está presente em sua casa? Ele interage com a TV?		
08. Fala com pessoas que não estão presentes?		
09. Vê pessoas ou animais que outras pessoas não vêem?		
10. Diz sentir coisas andando sobre a sua pele?		

Observação:

_____
Assinatura e carimbo do médico

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

DONEPEZILA, GALANTAMINA, RIVASTIGMINA E 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, cãibras 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, 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 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 ( ) galantamina ( ) rivastigmina ( ) memantina

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**
Nome do Médico: CRM: UF:
_____ **Assinatura e carimbo médico** Data:

Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do componente especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma ficará arquivada na farmácia e a outra será entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

Secretaria de Saúde PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

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 comos 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*

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*

☐ 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**

DIRETORIA GERAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Secretaria de Saúde

GOVERNO DO ESTADO PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO, MAIS FUTURO

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

(Portaria de Consolidação n° 2, de 28 de setembro de 2017)

Nome Paciente: _____ **CNS:** _____

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e recebimento de medicamentos.

REPRESENTANTE 1*			
Nome Completo:			
Nº Doc. de Identidade (RG):	**UF:**	**Órgão Emissor:**	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	**Nº**	**Complemento:**	
Bairro:	**UF:**	**Município:**	**CEP:**
Telefones para contato:			
Email:			
REPRESENTANTE 2*			
Nome Completo:			
Nº Doc. De Identidade (RG):	**UF:**	**Órgão Emissor:**	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	**Nº**	**Complemento:**	
Bairro:	**UF:**	**Município:**	**CEP:**
Telefones para contato:			
Email:			
REPRESENTANTE 3*			
Nome Completo:			
Nº Doc. de Identidade (RG):	**UF:**	**Órgão Emissor:**	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	**Nº**	**Complemento:**	
Bairro:	**UF:**	**Município:**	**CEP:**
Telefones para contato:			
Email:			

*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

Data: __/__/20__ **Assinatura do paciente:** _____

Campo para digital