GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

| Elaboração: 2014 | Última revisão: 09/2025 | Próxima Revisão: 09/2027 | Revisão: 04 |
|---|---|---|---|

# NEUROMIELITE ÓPTICA (DOENÇA DE DEVIC)
**CID 10: G36.0**
**NORMA TÉCNICA SES/PE Nº 02/2014**

## Informações Gerais

Este guia apresenta orientações referentes aos medicamentos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), disponibilizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O correto seguimento das instruções aqui descritas contribui para a efetividade terapêutica e maximiza os benefícios clínicos do tratamento.

## Medicamentos CEAF

- **Azatioprina 50 mg, comprimido;**
- *** Imunoglobulina humana 5,0 G, frasco-ampola;**
- ***Rituximabe solução injetável frasco ampola 10mg/mL (10 mL);**
- ***Rituximabe solução injetável frasco ampola 10mg/mL (50 mL).**

*** Medicamento administrado por infusão**

## Documentos Pessoais a serem apresentados (originais e cópias)

( ) 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 (originais e cópias)

| ✓ **Solicitação inicial** | ✓ **Renovação a cada 6 (seis) meses** |
|---|---|
| ( ) **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (No campo "Anamnese", deve ser preenchida a história clínica do(a) paciente. Caso o espaço disponível seja insuficiente, utilize um laudo adicional para incluir as informações);<br>( ) **Receituário médico comum**, com posologia para até 6 (seis) meses de tratamento;<br>( ) **Laudo Padrão para Tratamento de Neuromielite Óptica (Anexo I - NT SES PE 02/2014)**<br>( ) **Termo de Esclarescimento e Responsabilidade (Anexo III - NT SES PE 02/2014)** | ( ) **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (Em qualquer alteração na terapêutica, as informações devem ser registradas no campo "Anamnese". Caso o espaço disponível seja insuficiente, utilize um laudo adicional para detalhamento);<br>( ) **Receituário médico comum**, com posologia para até 6 (seis) meses detratamento.<br>( ) **Laudo médico**, necessário apenas em casos de alteração da prescrição, deve conter justificativa clínica para a alteração. |

## Exames (cópias)

| ✓ **Solicitação inicial** | ✓ **Renovação a cada 6 (seis) meses** |
|---|---|
| **Para todos os medicamentos:**<br>( ) Ressonância magnética de encéfalo e medula;<br>( ) Escala Expandida do Estado de Incapacidade (EDSS);<br>( ) Hemograma completo com plaquetas;<br>( ) Ureia;<br>( ) Creatinina;<br>( ) TGO, TGP e Bilirrubinas;<br>( ) Beta-hCG em mulheres em idade fértil (ou laudo de esterilização).<br>**Adicionalmente**<br>**Para o rituximabe:**<br>( ) Imunoglobulina sérica (IgG).<br>**Para Imunoglobulina Intravenosa (IVIg)**<br>( ) Imunoglobulina sérica (IgG);<br>( ) Formulário de justificativa para solicitação de Imonuglobulina Intravenosa (Anexo II – NT SES PE 02/2014) | **Para todos os medicamentos:**<br>( ) Hemograma completo com plaquetas;<br>( ) Ureia;<br>( ) Creatinina;<br>( ) TGO, TGP e Bilirrubinas;<br>( ) Escala Expandida do Estado de Incapacidade (EDSS).<br><br>**Adicionalmente**<br>**Para o rituximabe:**<br>( ) Imunoglobulina sérica (IgG). |

O resultado dos exames garante uma avaliação precisa sobre o efeito do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Quando houver resultados fora dos parâmetros estabelecidos ou a ausência de algum exame, o médico deverá justificar a situação para que seja devidamente analisada. Dependendo da condição clínica do paciente, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, conforme o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas, ou protocolo de uso do Ministério da Saúde.

## Serviços de Referência

Unidades de Saúde SUS com serviços especializados em **neurologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

**Observações:**

1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente à patologia.
2. No caso de **renovação da LME**, se não houver alteração do tipo, da dose e da orientação de uso do medicamento, médicos de outras especialidades poderão realizar o preenchimento para dispensação (embora sempre seja necessário preencher o item de anamnese – o campo que deve conter um relatório sucinto sobre a condição clínica do paciente).
3. No mínimo, a cada 6 (seis) meses, o paciente deverá ser avaliado por um especialista.

## Para receber os medicamentos

- De posse da documentação exigida, o paciente ou seu representante legal deverá comparecer à Farmácia de Pernambuco na data previamente agendada para a retirada do medicamento prescrito.
- No ato da dispensação, é responsabilidade do paciente ou de seu representante conferir atentamente as seguintes informações: identificação do medicamento, forma farmacêutica, número do lote, data de validade e quantidade dispensada, que deverá estar em conformidade com o recibo a ser assinado.
- Para medicamentos termolábeis (que requerem conservação sob refrigeração), a dispensação será condicionada à apresentação de caixa térmica contendo gelo reciclável ou material equivalente, em quantidade suficiente para garantir a manutenção da temperatura adequada durante todo o transporte.
- No caso de medicamentos de uso por via intravenosa (infusão), a administração deverá ocorrer exclusivamente em serviço de saúde especializado e devidamente credenciado. Esse serviço será responsável por providenciar toda a documentação necessária e encaminhá-la à Farmácia de Pernambuco, que, por sua vez, realizará a dispensação diretamente à unidade onde o paciente encontra-se em acompanhamento.

## 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 estejam esclarecidas neste guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico;
- Para o Remédio na Porta, o paciente receberá a ligação e deverá concordar em receber o medicamento. Nesse caso ele deverá 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 dos dados 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**

**ANEXO I**

**Laudo Padrão para Tratamento de Neuromielite Óptica**

**Identificação do paciente:**
Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____

**1. Informações clínicas**
Paciente apresenta diagnóstico de transtorno do espectro da neuromielite óptica (NMOSD), confirmado segundo critérios internacionais vigentes: ☐ Sim ☐ Não

História de neurite óptica: ☐ Sim ☐ Não

História de mielite aguda: ☐ Sim ☐ Não

História de síndrome da área postrema (náuseas/vômitos/soluços persistentes): ☐ Sim ☐ Não

História de manifestações diencefálicas ou do tronco cerebral: ☐ Sim ☐ Não

História de úlceras orais ou genitais recorrentes: ☐ Sim ☐ Não

História prévia de radiação de coluna: ☐ Sim ☐ Não

História prévia de eventos tromboembólicos: ☐ Sim ☐ Não

**2. Achados laboratoriais**
Sorologia anti-AQP4-IgG: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Não realizado

Sorologia anti-MOG-IgG (quando disponível): ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Não realizado

Sorologia HIV: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Não realizado

Sorologia hepatite B (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs): ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Não realizado

Sorologia hepatite C (anti-HCV): ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Não realizado

Pesquisa de tuberculose latente (PPD ou IGRA): ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Não realizado

Vitamina B12 sérica: ☐ Dentro da normalidade ☐ Deficiente ☐ Não realizado

**3. Achados de imagem**
**RM encéfalo**: ☐ Lesões compatíveis com NMOSD ☐ Lesões sugestivas de esclerose múltipla ☐ Normal ☐ Não realizado

**RM medula espinhal**: ☐ Lesões compatíveis com NMOSD ☐ Evidência de mielopatia compressiva/malformação vascular/radiação ☐ Normal ☐ Não realizado

Assinatura e carimbo do médico:

_____

**ANEXO II**

**Formulário de Justificativa para Solicitação de Imunoglobulina Intravenosa (IVIg)**

Identificação do paciente:
Nome: _____
CPF/Cartão SUS: _____
Idade: _____ Sexo: _____

1. Critérios clínicos de indicação de IVIg
Marcar os itens aplicáveis e justificar, quando necessário:

( ) Apresenta hipogamaglobulinemia
Resultado laboratorial: _____
( ) Intolerância ou efeitos adversos graves relacionados a imunossupressores
Descrever toxicidade (ex.: pancitopenia, supressão medular grave, infecções oportunistas recorrentes):
_____
_____

( ) Contraindicação clínica formal ao uso de imunossupressores
( ) Gravidez ou lactação (anexar BhCg ou ultrassonografia)
( ) Insuficiência hepática moderada a grave (anexar exames)
( ) Insuficiência renal crônica (clearance < 30 mL/min) (anexar exames)
( ) Histórico recente ou atual de neoplasia:
Descrição: _____
( ) Doença autoimune sistêmica associada a risco aumentado de toxicidade imunossupressora:
Descrição: _____
( ) Imunodeficiência primária ou secundária, com histórico de infecções graves ou recorrentes:
Descrição: _____

**2. Relato médico**
_____
_____
_____

Assinatura e carimbo do médico: _____

# ANEXO III

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA TRATAMENTO DA NEUROMIELITE ÓPTICA**

**1. ESCLARECIMENTO**

Informamos que o tratamento a ser administrado, é classificado como **uso off-label**, ou seja, é uma medicamento que, embora aprovada pelas autoridades sanitárias, não possui indicação formal registrada para o tratamento da neuromielite óptica.

Entretanto, há evidências científicas e clínicas que sustentam sua eficácia e segurança nessa condição, com base em estudos e consensos médicos atuais.

Ressaltamos ainda que, conforme o Parecer CFM nº 02/2016, a prescrição de tratamentos off-label é permitida, sendo de responsabilidade do(a) médico(a) assistente. Assim, os profissionais envolvidos estão plenamente cientes das implicações éticas, técnicas e legais da indicação, e assumem a responsabilidade por essa conduta.

**2. RISCOS E BENEFÍCIOS:**

O(a) médico(a) responsável, Dr(a). _____, esclareceu de forma detalhada os potenciais **benefícios e riscos** do tratamento proposto.

**POTENCIAIS BENEFÍCIOS:**

- **Redução da Inflamação**: O tratamento visa atenuar a inflamação que acomete os nervos ópticos e a medula espinhal, o que pode levar à redução da dor e à preservação das estruturas neurológicas. Essa ação é essencial para prevenir danos que resultam em déficits como perda visual, fraqueza muscular e distúrbios de coordenação.
- **Prevenção de Recorrências**: Pode haver uma diminuição na frequência e intensidade dos episódios agudos da doença, reduzindo o risco de danos neurológicos permanentes, a necessidade de internações hospitalares e a progressão dos sintomas incapacitantes.
- **Melhora dos Sintomas**: O tratamento pode contribuir para o alívio de manifestações clínicas como dor, alterações sensoriais (ex.: dormência, formigamento), fraqueza muscular, dificuldades motoras, distúrbios visuais, problemas de coordenação, e alterações da função urinária e intestinal.
- **Melhora da Qualidade de Vida**: O controle adequado da doença e a redução de surtos podem refletir em uma melhora global da qualidade de vida, funcionalidade e autonomia do paciente.
- **Preservação Cognitiva**: O tratamento pode ajudar a manter o funcionamento cognitivo, permitindo uma maior participação nas atividades cotidianas e menor impacto psicológico da doença.

**POSSÍVEIS RISCOS E EFEITOS COLATERAIS:**

**Azatioprina**

**Imunossupressão**: A azatioprina pode aumentar o risco de infecções, uma vez que suprime o sistema imunológico.

**Efeitos Gastrointestinais**: Náuseas, vômitos e diarreia são efeitos colaterais comuns.

**Alterações Sanguíneas**:

- **Leucopenia**: Diminuição do número de glóbulos brancos, aumentando o risco de infecções.
- **Trombocitopenia**: Diminuição das plaquetas, o que pode levar a problemas de coagulação.
- **Anemia**: Diminuição dos glóbulos vermelhos, resultando em fadiga e fraqueza.

**Efeitos Hepáticos**: Pode ocorrer elevação das enzimas hepáticas, indicando estresse no fígado.

**Efeitos Dermatológicos**: Aumento do risco de câncer de pele e erupções cutâneas.

**Reações Alérgicas**: Algumas pessoas podem desenvolver reações alérgicas, incluindo rash cutâneo ou febre.

**Pancreatite**: Embora raro, a azatioprina pode causar inflamação do pâncreas.

**Rituximabe**

**Reações Infusionais**: Durante a infusão do medicamento, algumas pessoas podem experimentar reações como febre, calafrios, erupções cutâneas, dor de cabeça e dificuldades respiratórias. Essas reações tendem a ocorrer mais frequentemente na primeira infusão.

**Imunossupressão**: O rituximabe pode reduzir o número de linfócitos B, aumentando o risco de infecções, incluindo infecções respiratórias e urinárias.

**Infeções Graves**: Existe um risco aumentado de infecções graves, como pneumonia e infecções por vírus, como o vírus da hepatite B.

**Efeitos Gastrointestinais**: Náuseas, vômitos e diarreia podem ocorrer em alguns pacientes.

**Efeitos Neurológicos**: Embora raros, podem ocorrer sintomas neurológicos, como alterações de humor ou confusão.
**Efeitos Cardiovasculares**: O rituximabe pode causar alterações na pressão arterial e, em casos raros, problemas cardíacos.
**Problemas Hematológicos**: Diminuição das células sanguíneas, como leucopenia (diminuição dos glóbulos brancos) e trombocitopenia (diminuição das plaquetas), pode ocorrer.
**Reações Alérgicas**: Algumas pessoas podem apresentar reações alérgicas graves, como anafilaxia, embora isso seja raro.
**Imunoglobulina Humana**
**Reações Infusionais**: Durante ou após a infusão, podem ocorrer reações como febre, calafrios, dor de cabeça, náuseas, erupções cutâneas e, em casos mais raros, reações anafiláticas.
**Aumento da Viscosidade Sanguínea**: A IVIg pode aumentar a viscosidade do sangue, especialmente em pacientes com risco de doenças cardiovasculares, podendo levar a complicações como trombose.
**Alterações Renais**: Em alguns casos, pode ocorrer insuficiência renal aguda, especialmente em pacientes com desidratação ou problemas renais preexistentes.
**Efeitos Gastrointestinais**: Náuseas, vômitos e diarreia são possíveis, embora não sejam muito comuns.
**Reações Alérgicas**: Algumas pessoas podem desenvolver reações alérgicas, que podem variar de leves a graves.
**Cefaleia**: Dores de cabeça são comuns após a infusão, podendo ser severas em alguns casos.
**Aumento da Pressão Arterial**: A IVIg pode causar aumento da pressão arterial em alguns pacientes

**3. CONSENTIMENTO:**
Declaro que fui devidamente informado(a) sobre o tratamento proposto, incluindo sua natureza off-label, seus potenciais benefícios, riscos e limitações. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram esclarecidas de forma satisfatória, e compreendi que não há garantias de eficácia associadas ao uso do medicamento nesta indicação específica.
A decisão de prosseguir com o tratamento é livre, consciente e voluntária, sem qualquer tipo de coação ou obrigação.

**4. RESPONSABILIDADE:**
Declaro que recebi todas as informações necessárias sobre o tratamento proposto, compreendi que se trata de um medicamento utilizado fora das indicações aprovadas em bula (uso off-label), e que essa conduta foi indicada pelo(a) médico(a) responsável com base em avaliação clínica individualizada.
Reconheço que o(a) profissional de saúde é o responsável técnico pela prescrição e condução do tratamento, conforme previsto em normativas do Conselho Federal de Medicina.
Declaro, ainda, estar ciente de que a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco não é responsável direta pela indicação do tratamento, atuando apenas como viabilizadora do acesso à medicação, quando aplicável.

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

**ANEXO V**

ESCALA DE EDSS – SISTEMAS FUNCIONAIS (SF) PARA A ESCALA EDSS

| | |
|---|---|
| **FUNÇÕES PIRAMIDAIS:** | |
| Normal. | 0 |
| Sinais anormais sem incapacidade. | 1 |
| Incapacidade mínima. | 2 |
| Discreta ou moderada paraparesia ou hemiparesia; monoparesia grave. | 3 |
| Paraparesia ou hemiparesia acentuada; quadriparesia moderada; ou monoplegia | 4 |
| Paraplegia, hemiplegia ou acentuada quadriparesia. | 5 |
| Quadriplegia. | 6 |
| Desconhecido. | (*) |
| **FUNÇÕES CEREBELARES:** | |
| Normal. | 0 |
| Sinais anormais, mas sem incapacidade. | 1 |
| Ataxia discreta em qualquer membro. | 2 |
| Ataxia moderada de tronco ou de membros. | 3 |
| Incapaz de realizar movimentos coordenados devido à ataxia. | 4 |
| Desconhecido. | (*) |
| **FUNÇÕES DO TRONCO CEREBRAL:** | |
| Normal. | 0 |
| Somente sinais anormais | 1 |
| Nistagmo moderado ou outra incapacidade leve | 2 |
| Nistagmo grave, acentuada paresia extraocular ou incapacidade moderada de outros cranianos | 3 |
| Disartria acentuada ou outra incapacidade acentuada | 4 |
| Incapacidade de deglutir ou falar. | 5 |
| Desconhecido. | (*) |
| **FUNÇÕES SENSITIVAS:** | |
| Normal. | 0 |
| Diminuição de sensibilidade ou estereognosia em 1-2 membros. | 1 |
| Diminuição discreta de tato ou dor, ou da sensibilidade posicional ou diminuição moderada da vibratória ou estereognosia em 1-2 membros; ou diminuição somente da vibratória em 3-4 membros. | 2 |
| Diminuição moderada de tato ou dor, ou posicional, ou perda da vibratória em 1-2 membros; ou diminuição discreta de tato ou dor ou diminuição moderada de toda propriocepção em 3-4 membros. | 3 |
| Diminuição acentuada de tato ou dor, ou perda da propriocepção em 1-2 membros; ou diminuição moderada de tato ou dor ou diminuição acentuada da propriocepção em mais de 2 membros. | 4 |
| Perda da sensibilidade de -2 membros; ou moderada diminuição de tato ou dor ou perda da propriocepção na maior parte do corpo abaixo da cabeça. | 5 |
| Anestesia da cabeça para baixo. | 6 |
| Desconhecido. | (*) |

| | |
|---|---|
| **FUNÇÕES VESICAIS:** | |
| Normal. | 0 |
| Sintomas urinários sem incontinência. | 1 |
| Incontinência menor ou igual uma vez por semana. | 2 |
| Incontinência maior ou igual uma vez por semana. | 3 |
| Incontinência diária ou mais que uma vez por dia. | 4 |
| Caracterização contínua. | 5 |
| Grau 5 para bexiga e grau 5 para disfunção retal. | 6 |
| Desconhecido. | (*) |
| **FUNÇÕES INTESTINAIS:** | |
| Normal. | 0 |
| Obstipação menos que diárias sem incontinência. | 1 |
| Obstipação diária sem incontinência. | 2 |
| Incontinência menos de uma vez por semana. | 3 |
| Incontinência mais de uma vez por semana, mas não diária. | 4 |
| Sem controle de esfíncter retal. | 5 |
| Grau 5 para bexiga e grau 5 para disfunção retal. | 6 |
| Desconhecido. | (*) |
| **FUNÇÕES VISUAIS:** | |
| Normal. | 0 |
| Escotoma com acuidade visual (AV) igual ou melhor que 20/30. | 1 |
| Pior olho com escotoma e AV de 20/30 a 20/59. | 2 |
| Pior olho com grande escotoma, ou diminuição moderada dos campos, mas com AV de 20/60 a 20/99. | 3 |
| Pior olho com diminuição acentuada dos campos a AV de 20/100 a 20/200; ou grau 3 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60. | 4 |
| Pior olho com AV menor que 20/200; ou grau 4 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60. | 5 |
| Grau 5 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60. | 6 |
| Desconhecido. | (*) |
| **FUNÇÕES MENTAIS:** | |
| Normal. | 0 |
| Alteração apenas do humor. | 1 |
| Diminuição discreta da mentação. | 2 |
| Diminuição normal da mentação. | 3 |
| Diminuição acentuada da mentação (moderada síndrome cerebelar crônica). | 4 |
| Demência ou grave síndrome cerebral crônica. | 5 |
| Desconhecido. | (*) |
| **OUTRAS FUNÇÕES:** | |
| Nenhuma. | 0 |
| Qualquer outro achado devido à EM. | 1 |
| Desconhecido. | (*) |

| INTERPRETAÇÃO DOS SISTEMAS FUNCIONAIS E ESCALA DE EDSS | EDSS |
|---|---|
| Exame neurológico normal (todos SF grau 0; Grau 1 SF mental é aceitável). | 0 |
| Nenhuma incapacidade, sinais mínimos em 1 SF. (por ex.: sinal de Babinski ou diminuição da sensibilidade vibratória). | 1 |
| Nenhuma incapacidade, sinais mínimos em mais de 1 SF. | 1,5 |
| Incapacidade mínima em 1 SF (1 SF grau 2, outros 0 ou 1). | 2,0 |
| Incapacidade mínima em 2 SF (2 SF grau 2, outros 0 ou 1). | 2,5 |
| Incapacidade moderada em 1 SF (1 SF grau 3, outros 0 ou 1), ou incapacidade discreta em 3 ou 4 SF (3 ou 4 SF grau 2, outros 0 ou 1). | 3,0 |
| Pode caminhar a distância que quiser. Incapacidade moderada em 1 SF (grau 3) e 1 ou 2 SF grau 2; ou 2 SF grau 3; ou 5 SF grau 2 (outros 0 ou 1). | 3,5 |
| Pode caminhar sem ajuda ou descanso até 500 m. Auto-suficiente. (1 SF grau 4 (outros 0 ou 1), ou vários graus 3 ou menores). | 4,0 |
| Pode caminhar sem ajuda ou descanso até 300 m. Hábil para trabalhar todo o dia, podendo apresentar alguma limitação ou requerer mínima assistência. (1 SF grau 4 - outros 0 ou 1 - ou combinação de graus menores que excedam limites de estágios anteriores). | 4,5 |
| Pode caminhar sem ajuda ou descanso até 200 m. Apresenta incapacidade que compromete as atividades diárias. (1 SF grau 5 - outros 0 ou 1 - ou combinação de graus menores que excedam especificações para o grau 4). | 5,0 |
| Pode caminhar sem ajuda ou descanso até 100 m. Incapacidade grave suficiente para impedir a realização das atividades diárias. (1 SF grau 5 - outros 0 ou 1 - ou combinação de graus menores que excedam especificações para o grau 4). | 5,5 |
| Auxílio intermitente ou unilateral constante (bengalas, muletas) para caminhar cerca de 100 m com ou sem descanso. (Combinações de SF com mais de 2 com grau 3.) | 6,0 |
| Auxílio bilateral constante para caminhar 20 m sem descanso. (Combinações de SF com mais de 2 com grau 3.) | 6,5 |
| Incapacidade para caminhar mais de 5 m, mesmo com auxílio; uso de cadeira de rodas; capaz de entrar e sair da cadeira sem ajuda. (Combinações com mais de 1 SF grau 4; mais raramente, SF piramidal grau 5 isolado.) | 7,0 |
| Não consegue dar mais do que alguns poucos passos, essencialmente restrito à cadeira de rodas; pode precisar de ajuda para entrar e sair da cadeira; não consegue permanecer na cadeira de rodas comum o dia inteiro (somente na motorizada). Combinações com mais de 1 SF grau 4. | 7,5 |
| Essencialmente confinado à cadeira de rodas ou à cama. Consegue se locomover com a cadeira de rodas, porém não consegue ficar fora da cama por muito tempo. Consegue realizar algumas funções de sua higiene e mantém o uso dos braços. (Combinações, geralmente grau 4 em várias funções.) | 8,0 |
| Permanece na cama a maior parte do dia; consegue realizar algumas funções para cuidar de sua própria higiene e mantém algum uso dos braços. (Combinações, geralmente grau 4 em várias funções.) | 8,5 |
| Acamado e incapacitado; consegue se comunicar e comer. Não realiza higiene própria (combinações, geralmente grau 4 em várias funções). | 9,0 |
| Totalmente incapacitado; não consegue se comunicar efetivamente ou de comer/engolir. (Combinações, geralmente grau 4 em várias funções.) | 9,5 |
| Morte devido envolvimento tronco ou falência respiratória; ou morte consequentemente longo tempo acamado no leito com pneumonia, sepse, uremia ou falência respiratória. | 10 |

A soma dos escores é expressa como (*) quando a informação é desconhecida e, portanto, não soma valor.

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 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*

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

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

22- Correio eletrônico do paciente

*** 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