

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA – CID: G12.2****DOCUMENTOS**

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- 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/EXAMES**LAUDO:**

LAUDO DETALHADO DESCRITO POR MÉDICO ESPECIALISTA EM NEUROLOGIA; COM DESCRIÇÃO CLÍNICA DETALHADA DOS SINAIS, SINTOMAS, PROGRESSÃO DA DOENÇA, REGIÕES DE ACOMETIMENTO DA DOENÇA, DIAGNÓSTICO DE ELA DEFINITIVA, ELA PROVÁVEL, ELA PROVÁVEL COM SUPORTE LABORATORIAL OU ELA SUSPEITA PELOS CRITÉRIOS DE EL ESCORIAL REVISADOS.

EXAMES OBRIGATÓRIOS:

- CÓPIA DO EXAME DE BHCg PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL (Val: 15 dias);
- CÓPIA DO EXAME DE TGO E TGP (Val: 180 dias);
- CÓPIA DO EXAME DE CREATININA SÉRICA (Val: 180 dias);
- CÓPIA DO EXAME DE URÉIA (Val: 180 dias);
- CÓPIA DO EXAME DE TEMPO DE PROTROMBINA (TP) (Val: 180 dias).
- CÓPIA DO LAUDO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA (DE QUALQUER DATA) **OU** CÓPIA DO LAUDO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ENCÉFALO E JUNÇÃO CRANIOCERVICAL (DE QUALQUER DATA)

OUTROS EXAMES E DOCUMENTOS QUE PODEM SER SOLICITADOS CONFORME O CRITÉRIO DO PCDT DO MS ESPECÍFICO PARA CADA SITUAÇÃO CLÍNICA:

- CÓPIA DO EXAME DE PROTEÍNA C REATIVA (Val: 180 dias);
- CÓPIA DO EXAME DE ELETROFORESE DE PROTEÍNAS (Val: 180 dias);
- CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA COMPLETO (Val: 180 dias);

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER
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:

- leve melhora de sintomas da doença;
- aumento da sobrevida.

Fui também claramente informado(a) 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) 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 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 do responsável legal			
Médico responsável:		CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico			
Data:			



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);