

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

**NOME DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_

DOCUMENTOS	EXAMES ESPECÍFICOS
<input type="checkbox"/> LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME); <input type="checkbox"/> CHECKLIST PREFERENCIALMENTE POR NEUROLOGISTA OU NEUROCIRURGIÃO COMPROVANDO A INDICAÇÃO DO TRATAMENTO; <input type="checkbox"/> CÓPIA DO CPF E CARTEIRA DE IDENTIDADE; <input type="checkbox"/> CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA; <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 DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE; <input type="checkbox"/> PRESCRIÇÃO MÉDICA; <input type="checkbox"/> TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE (No caso de responsável apresentar IDENTIDADE e CPF do mesmo).	<input type="checkbox"/> EXAME DE LÍQUOR: (OBRIGATÓRIO) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Alta concentração de proteína</li> <li><input type="checkbox"/> Presença de menos de 10 células/mm<sup>3</sup></li> </ul> <input type="checkbox"/> ELETRONEUROMIOGRAFIA (3 DE 4): (FACULTATIVO) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Redução da velocidade de condução motora em 2 ou mais nervos;</li> <li><input type="checkbox"/> Bloqueio de condução do potencial na neurocondução motora ou dispersão temporal anormal em 1 ou mais nervos</li> <li><input type="checkbox"/> Prolongamento da latência motora distal em 2 ou mais nervos</li> <li><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).</li> </ul>

**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-GRÁVE (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 AUTONÔMICA.
- 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/MM<sup>3</sup> 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.
- HIV.
- CARCINOMA BRÔNQUICO DE PULMÃO.
- VASCULITE PRIMÁRIA AUTOIMUNE.
- 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 da **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 as 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 do responsável legal			
Médico Responsável:	CRM:	UF:	
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____			

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



## 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);