



**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
EPILEPSIA – CID: G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8**

DOCUMENTOS

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DERESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREENCHIDO (NO CASO DE ASSINATURA POR RESPONSÁVEL APRESENTAR IDENTIDADE ECPF 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 (TODOS OS MEDICAMENTOS):

- ENVIAR LAUDO MÉDICO EMITIDO POR NEUROLOGISTA COM:
- DESCRIÇÃO CLÍNICA DETALHADA DOS SINAIS E SINTOMAS;
- RELATO DA FREQUÊNCIA DAS CRISES;
- TIPO DE CRISES;
- DESCRIÇÃO CLÍNICA DOS MEDICAMENTOS E DOSES MÁXIMAS PREVIAMENTE EMPREGADAS NO TRATAMENTO;

OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS A ENTREGA DOS EXAMES/DOCUMENTOS LISTADOS ABAIXO DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE. ESSES PODEM SER EXIGIDOS POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA QUE A AVALIAÇÃO DA SUA SOLICITAÇÃO SEJA CONCLUÍDA. VERIFIQUE COM SEU MÉDICO A NECESSIDADE DE ENTREGA DESSES EXAMES/DOCUMENTOS CONFORME O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESPECÍFICO PARA SUA SITUAÇÃO CLÍNICA.

- CÓPIA DO LAUDO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ENCÉFALO (VAL: QUARQUER DATA) **OU**
- CÓPIA DO LAUDO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO (VAL: QUALQUER DATA) **OU**
- CÓPIA DO LAUDO DE DO ELETROENCEFALOGRAMA (EEG) (VAL: QUALQUER DATA)
- CÓPIA DO DIÁRIO DE REGISTRO DE CRISES **(SE POSSÍVEL);**
- CÓPIA DO TESTE PSICOMÉTRICO **(SE POSSÍVEL).**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

NÃO SÃO PERMITIDAS ASSOCIAÇÕES ENTRE MEDICAMENTOS FAZEM PARTE DA MESMA FORMA DE ORGANIZAÇÃO, CONFORME FIXAÇÃO DA TABELA SIGTAP.



QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA (facultativo)

1. NOME DO PACIENTE:

2. CRITÉRIO DE INCLUSÃO (MARCAR AO MENOS 1):

- TER APRESENTADO DUAS CRISES EPILÉPTICAS NO INTERVALO MÍNIMO DE 24 HORAS;
- TER APRESENTADO UMA CRISE E TEM UM RISCO DE RECORRÊNCIA DE CRISES ACIMA DE 60%;
- TER DIAGNÓSTICO ESTABELECIDO DE UMA SÍNDROME EPILÉPTICA ESPECÍFICA.

3. HISTÓRIA CLÍNICA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:

4. MARCAR O TIPO DE CRISE APRESENTADA PELO PACIENTE:

1. INÍCIO FOCAL:

- PERCEPTIVA
- DISPERCEPTIVA

MOTORA:

- AUTOMATISMO
- ATÔNICAS
- CLÔNICAS
- ESPASMOS EPILÉTICOS
- HIPERCINÉTICAS
- MIOCLÔNICAS
- TÔNICAS

NÃO MOTORA:

- AUTONÔMICAS
- PARADA COMPORTAMENTAL
- COGNITIVAS
- EMOCIONAIS
- SENSORIAIS
- FOCAL EVOLUINDO PARA TÔNICO CLÔNICA BILATERAL

2. INÍCIO GENERALIZADO:

MOTORA:

- TÔNICO - CLÔNICAS
- CLÔNICAS
- TÔNICAS
- MIOCLÔNICAS
- MIOCLÔNICO - TÔNICO - CLÔNICAS
- MIOCLÔNICAS - ATÔNICAS
- ATÔNICAS
- ESPASMOS EPILÉTICOS

NÃO MOTORA:

- TÍPICAS
- ATÍPICAS
- MIOCLÔNICAS
- MIOCLÔNIAS PALPEBRAIS

3. INÍCIO DESCONHECIDO:

MOTORA:

- TÔNICO - CLÔNICAS
- ESPASMOS EPILÉTICOS

NÃO MOTORA:

- PARADA COMPORTAMENTAL

4. OUTRAS:

5. FÁRMACOS ANTIEPILÉPTICOS DE PRIMEIRA LINHA E/OU OUTROS QUE JÁ FORAM UTILIZADOS PELO PACIENTE:

6. TRATAMENTO ATUAL, MEDICAMENTOS E DOSES UTILIZADAS PELO PACIENTE:

DATA DE PREENCHIMENTO: ____ / ____ / ____

ASSINATURA E CARIMBO: _____

MÉDICO

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

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

9- CID-10* 10- Diagnóstico

11- Anamnese*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* NÃO SIM. Relatar:

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

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 OBRIGATORIO

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ÁCIDO VALPROICO/VALPROATO DE SÓDIO, CARBAMAZEPINA, CLOBAZAM, CLONAZEPAM, ETOSSUXIMIDA, FENITOÍNA, FENOBARBITAL, GABAPENTINA, LAMOTRIGINA, LEVETIRACETAM, PRIMIDONA, TOPIRAMATO E VIGABATRINA.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **ácido valproico/valproato de sódio, carbamazepina, clobazam, clonazepam, etossuximida, fenitoína, fenobarbital, gabapentina, lamotrigina, levetiracetam, primidona, topiramato e vigabatrina**, indicados para o tratamento da **epilepsia**.

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 melhoras:

- Controle completo das crises;
- Melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- **Gravidez:** todos os antiepilépticos tem um risco pequeno de provocar problemas para o feto se usados durante a gestação. Pacientes com vida sexual ativa, que pretendem engravidar ou que estão gestantes devem procurar o seu médico para orientações sobre o risco de malformações e os ajustes de dose dos antiepilépticos que deverão ser realizados durante a gestação;

Os principais efeitos adversos dos medicamentos para epilepsia são:

- **Ácido valproico/valproato de sódio:** sonolência, cansaço, tremor, alterações da função do fígado, diminuição das plaquetas, ganho de peso, queda de cabelos;
- **Carbamazepina:** vermelhidão da pele, sonolência, ganho de peso, diarreia, náusea, vômitos, problemas para caminhar, mudanças de humor, tremor, transtorno de memória, visão dupla e impotência;
- **Clobazam:** sonolência, transtornos de memória e de comportamento, perda progressiva do efeito;
- **Clonazepam:** sonolência, disartria, incoordenação, insônia em caso de interrupção abrupta;
- **Etossuximida:** diarreia, náusea, vômitos, sonolência, perda de peso, dor de cabeça;
- **Fenitoína:** incoordenação, sonolência, aumento do volume e sangramento das gengivas, crescimento de pelos no corpo e na face;
- **Fenobarbital:** tontura, sonolência, depressão, mudança no comportamento, transtornos de memória e de concentração, hiperatividade em crianças;
- **Gabapentina:** aumento do apetite, ganho de peso, tontura, incoordenação, dor de cabeça, tremor, cansaço, náusea, comportamento agressivo (em crianças);
- **Primidona:** os mesmos do fenobarbital;
- **Lamotrigina:** dor de cabeça, náusea, vômitos, visão dupla, tonturas, incoordenação e tremor;
- **Levetiracetam:** tontura, sonolência, desânimo, cansaço e dor de cabeça;
- **Topiramato:** sonolência, perda do apetite, cansaço, nervosismo, pensamento lento, dificuldade de encontrar palavras, dificuldade de concentração, perda de peso, cálculo renal e glaucoma;
- **Vigabatrina:** defeitos do campo visual, sonolência, dor de cabeça, tontura, incoordenação, transtornos de memória e de comportamento, ganho de peso e tremor.

Usualmente estes efeitos adversos são leves e temporários, e se eles se agravarem, ou não desaparecerem, o paciente deve retornar ao médico.

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 em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento (s):

() ácido valproico/valproato de sódio

- () carbamazepina
- () clobazam
- () clonazepam
- () etossuximida
- () fenitoína
- () fenobarbital
- () gabapentina
- () levetiracetam
- () lamotrigina
- () topiramato
- () primidona
- () vigabatrina

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);