

– Doença/Agravo:

✓ **DISTONIAS FOCAIS E ESPASMO HEMIFACIAL**

– Código internacional de doenças (CID-10) contemplado(s):

- G 24.3 — Torcicolo espasmódico.
- G 24.4 — Distonia orofacial idiopática.
- G 24.5 — Blefaroespasma.
- G 24.8 — Outras Distonias.
- G 51.3 – Espasmo hemifacial clônico.
- G 51.8 — Outros transtornos do nervo facial.

– Medicamento(s) disponível(is):

- **TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 100 U – 500 U injetável (por frasco ampola)**

– Regulamentação fundamentada para obtenção do(s) medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):

- Título IV, do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.
- Portaria Conjunta Nº 01 de 29 de maio de 2017 – Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).
- Portaria Estadual SES/GO Nº416/2017 – Estabelece a documentação e fluxo de aplicação dos medicamentos pelos Centros de referência.

– Procedimentos e demais informações:

- Todas as orientações quanto à abertura e renovação de processos, bem como, dispensação de medicamentos pode ser verificadas no documento intitulado “**ORIENTAÇÕES GERAIS**” que encontra no site da CEMAC Juarez Barbosa acessando o link abaixo:

ORIENTAÇÕES GERAIS

- **ATENÇÃO:** De acordo com a Portaria Estadual nº 416/2017-GAB/SES-GO, datada de 30/05/2017, a aplicação do medicamento Toxina Botulínica será realizada por Centros de Referência e Aplicação, estabelecidos pelo Gestor Estadual do Componente Especializado. Atualmente (03/2022) os Centros de Referência para aplicação de Toxina Botulínica são:

- 1) Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (**CRER**) – localizado em Goiânia-GO;
- 2) Hospital das Clínicas de Goiânia – HC/UFG/EBSERH (**HC**) – localizado em Goiânia-GO;
- 3) Centro de Atendimento Especializado **RENASCER** – Associação Pestalozzi de Goiânia – localizado em Goiânia-GO;
- 4) Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (**APAE**) -Goiânia;
- 5) Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (**APAE**) – localizado em Anápolis-GO;
- 6) Hospital Vila São Cotolengo – localizado em Trindade – GO;
- 7) Hospital Geral de Goiânia – HGG;
- 8) Centro de Orientação, Reabilitação e Assistência ao Encefalopata (**CORAE**) – localizado em Goiânia-GO;
- 9) Associação dos deficientes físicos do Estado de Goiás (**ADFEGO**) – localizado em Goiânia-GO;



10) Centro De Atendimento Educacional Especializado Dunga De Ensino Especial–Associação Pestalozzi de Rio Verde – localizado em Rio Verde-GO;

11) Ambulatório Multiprofissional de Aparecida de Goiânia (AMAG) – Localizado em Aparecida de Goiânia-GO.

- Comunicamos que **ESSES MEDICAMENTOS NÃO SERÃO ENTREGUES NA UNIDADE**, pois as aplicações são realizadas em um centro de referência.
- Caso o paciente não esteja fazendo o acompanhamento médico em algum centro de referência listado acima, este deverá solicitar regulação para o **CRER** (Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo), junto à Secretaria de Saúde do seu município.
- Após esse procedimento o CRER entrará em contato nos números de telefone informados pelo paciente, para agendar a reavaliação e informar o dia da aplicação.
- Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com a CEMAC Juarez Barbosa pelo telefone: (62) 3201-7449 ou 3201-7446 ou 3201-7450

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DE PROCESSO

ATENÇÃO: Os documentos e exames aqui solicitados deverão ser encaminhados por **meio eletrônico** para a CEMAC Juarez Barbosa, sendo o armazenamento dos originais responsabilidade do Usuário SUS, exceto prescrições de medicamentos sob controle especial. A documentação original poderá ser solicitada a qualquer tempo pela Unidade.

A apresentação de informações ou documentos falsos, em todo ou parte, configura crime sujeito as penalidades legais.

1 – Prescrição médica devidamente preenchida por (Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista, Fisiatra ou Oftalmologista*):

* *Oftalmologista: somente para o CID-10: G24.5*

O medicamento deve ser prescrito pela Denominação Comum Brasileira, considerando o Art. 3º da Lei Federal nº 9.787 de 10/02/1999. **Todas as prescrições médicas (originais) devem estar disponíveis no ato da dispensação do(s) medicamento(s).**

- RECEITUÁRIO PADRÃO, estabelecido pela Portaria Estadual nº 416/2017-GAB/SES-GO (conforme modelo – ANEXO I), com todos os campos corretamente preenchidos sem emenda e/ou rasura e em 02 vias.

(Validade máxima de 180 dias corridos a contar da data da emissão)

OU

- PRESCRIÇÃO MÉDICA (sem controle especial). O documento original deverá ser apresentado no ato da dispensação do(s) medicamento(s).

(Validade máxima de 180 dias corridos a contar da data da emissão)



É indispensável que no documento a posologia especifique:

- A respectiva dose a ser aplicada em cada músculo (*SEM ABREVIATURA*), com o total de número de pontos de aplicação por músculo;
- Dose total de toxina botulínica a ser aplicada

2 – Relatório médico, devidamente assinado e carimbado (Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista, Fisiatra ou Oftalmologista*), informando:

* *Oftalmologista: somente para o CID-10: G24.5*

- Os sinais e sintomas;
- O enquadramento da forma encontrada: blefaroespasmto, distonia oromandibular, distonia laríngea, distonia cervical, distonia de membro, distonia segmentares ou espasmo hemifacial.

3 – Documentos pessoais do paciente:

- Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;
- CPF;
- Comprovante de Endereço com CEP (água, luz ou telefone);
- Cartão SUS. Caso o usuário não possua Cartão SUS, este cartão poderá ser feito na CEMAC Juarez Barbosa.

4 – Termo de Esclarecimento e Responsabilidade com todos os campos corretamente preenchidos sem emenda e/ou rasura. Atenção: esse documento é assinado pelo paciente (ou responsável legal) e pelo médico. O reconhecimento da incapacidade do paciente é confirmado mediante a apresentação de documentos comprobatórios (Tutela, Curatela, Interdição ou equivalente) ou, ainda, por meio do preenchimento do “campo 13” do LME pelo médico assistente.

5 – LME (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) adequadamente preenchido **POR UMA DAS ESPECIALIDADES CONTEMPLADAS PELA PORTARIA Nº 416/2017-GAB/SES-GO, DATADA DE 30/05/2017 (Neurologia, Ortopedia, Fisiatria ou Oftalmologia para os casos de blefaroespasmto)**. As instruções de preenchimento e o arquivo do LME, para preenchimento manual, estão disponíveis para serem baixados (*download*) no sítio eletrônico <http://www.saude.gov.br>. Seguem abaixo os links para acesso aos documentos:

[ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO DA LME](#)

[LME](#)

Cabe ainda salientar que o **LME** terá noventa (**90**) **DIAS DE VALIDADE**, a partir de sua data de preenchimento pelo médico solicitante, para a solicitação de medicamentos na Unidade.



ANEXO I

RECEITUÁRIO PADRÃO do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) – Toxina Botulínica		CEMAC Juarez Barbosa / Pireneus
Nome da Unidade de Origem (Consulta): _____		
Nome do Paciente: _____		
Nome do Médico solicitante: _____		C.R.M.: _____
Dados da Aplicação		
Apresentação solicitada: -Toxina botulínica tipo A 100 U injetável <input type="checkbox"/> -Toxina botulínica tipo A 500 U injetável* <input type="checkbox"/>		
*Cálculo de conversão considerado para TBA1/TBA3 e TBA2: _____		
Atenção: Os músculos devem ser nomeados SEM ABREVIATURA		
1.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
2.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
3.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
4.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
5.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
6.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
7.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
8.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
9.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
10.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
Quantidade total de Toxina botulínica a ser aplicada 		____/____/____
Assinatura e Carimbo do Médico		Data

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE****Toxina botulínica tipo A.**

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **toxina botulínica tipo A**, indicada para o tratamento de **Distonias Focais e Espasmo Hemifacial**.

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 as seguintes melhoras:

- diminuição da frequência e intensidade dos espasmos (contração involuntária do músculo);
- diminuição da dor ou desconforto ocasionados pelas contrações;
- melhora da atividade funcional e da qualidade de vida.

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

- os riscos na gravidez ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- o principal efeito desagradável é dor no local de aplicação da injeção;
- os efeitos adversos variam de acordo com o local de aplicação; os mais relatados nas distonias cervicais são tontura, fraqueza geral, cansaço, sonolência, mal-estar geral, dificuldade para engolir, náuseas, boca seca, dor de cabeça, irritabilidade; no blefaroespasma (espasmo de pálpebra) e no espasmo hemifacial, são irritação nos olhos, lacrimejamento, relaxamento e inchaço da pálpebra, visão turva e tonturas.

Conforme a marca comercial utilizada, a dose da toxina botulínica pode ser ajustada e devo procurar orientação do médico ou farmacêutico, em caso de dúvida.

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.**

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:		
Assinatura e Carimbo do Médico:	CRM:	UF:

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.