

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA ACESSO A MEDICAMENTO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO OU DO PROTOCOLO ESTADUAL

CEMAC JB
Centro Estadual
de Medicação
de Alto Custo
Juarez Barbosa

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Atualizado em 22/11/2024.

OUTRAS MUCOPOLISSACARIDOSES

MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO IVA - PORTARIA CONJUNTA Nº 19, DE 04 DE DEZEMBRO DE 2019 ([Protocolo na íntegra](#))

MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO VI - PORTARIA CONJUNTA Nº 20, DE 05 DE DEZEMBRO DE 2019 ([Protocolo na íntegra](#))

MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO VII - PORTARIA CONJUNTA Nº 08, DE 21 DE MAIO DE 2021 ([Protocolo na íntegra](#))

INFORMAÇÕES GERAIS

CID 10 Contemplados

E 76.2 – Outras Mucopolissacaridoses

Medicamentos Disponibilizados e CID 10 Contemplados:

Descrição	CID's autorizados	Grupo de financiamento
Alfaelousulfase 1 mg/ml solução injetável frasco ampola 5 ml – exclusivo para Mucopolissacaridose Tipo IV A (Síndrome de Morquio A)	E 76.2	Grupo 1A – Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde.
Galsufase 1 mg/ml solução injetável frasco ampola 5 ml – exclusivo para Mucopolissacaridose Tipo VI (Síndrome de Maroteaux-Lamy)	E 76.2	Grupo 1A – Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde.
Alfavestronidase 2 mg/ml solução injetável frasco ampola 5 ml – exclusivo para Mucopolissacaridose Tipo VII (Síndrome de Sly)	E 76.2	Grupo 1A – Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde.

Especialidade médica: Não especificada no Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica a especialidade médica necessária.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLITICAÇÃO DO MEDICAMENTO

1º Solicitação – Abertura de processo:

1 – Documentos pessoais a serem apresentados:

- Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto ou Certidão de Nascimento);
- Cadastro de Pessoa Física (CPF);

- Cartão Nacional de Saúde (CNS – cartão SUS);
- Comprovante de Endereço com CEP (água, luz ou telefone) atualizado (*últimos 3 meses*);

2 – Documentos a serem emitidos pelo médico:

- **LME (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica)** ([Acesse aqui LME de preenchimento manual – em anexo](#)) ([Acesse aqui LME de preenchimento eletrônico](#)) : adequadamente preenchido conforme orientações disponíveis no site da Central Estadual de Medicação de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC) ([Clique aqui para acessar](#)).
 - A LME possui validade de 90 (noventa) dias a contar da data de preenchimento pelo Médico solicitante.
 - Cada LME poderá conter, no máximo, 6 (seis) medicamentos para a mesma doença (condição clínica). Caso seja necessário outra LME deverá ser preenchida com os demais medicamentos para o mesmo CID-10.
 - Para cada doença (condição clínica), definida de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), haverá a necessidade de preenchimento de um LME;
 - O Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante (campo 15) deverá obrigatoriamente estar vinculado ao Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES
 - O CNES refere-se ao código identificador do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).
- **Prescrição Médica:** 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 ser apresentadas no ato da dispensação do(s) medicamento(s).
 - **PRESCRIÇÃO MÉDICA COMUM** (sem controle especial): **validade máxima de 180 dias corridos a contar da data da emissão.**
- **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade:** com todos os campos corretamente preenchidos sem emenda e/ou rasura. Encontra-se em anexo o termo para cada medicamento. 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.
- **Questionário específico conforme subtipo de mucopolissacaridose:** com todos os campos corretamente preenchidos sem emenda e/ou rasura e encontra-se em anexo:
 - ANEXO I – QUESTIONÁRIO PARA MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO IV A (Síndrome de Morquio A);
 - ANEXO II - QUESTIONÁRIO PARA MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO VI (Maroteaux-Lamy);
 - ANEXO III – QUESTIONÁRIO PARA MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO VII (Síndrome de Sly).

3 – Exames a serem apresentados

- Para **MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO IV A (Síndrome de Morquio A)** devem ser apresentados:
 - Laudo de exame de Espirometria devidamente datado e assinado. – Para pacientes com idade igual ou superior a 07 (sete) anos - (Validade máxima de 90 dias);
 - Laudo do exame de análise quantitativa de excreção urinária de Glisoaminoglicos (GAG) totais - (Validade máxima de 90 dias);

- *1Laudo do exame de atividade da enzima N-acetilgalactosamina-6-sulfatase (GALNS) em comparação com a enzima de referência na mesma amostra e método de análise em Fibroblastos ou Leucócitos.
- *1Laudo do exame de atividade de outra enzima sulfatase (arilsulfatasae A ou arilsulfatase B ou Heparan N-sulfatase ou Iduronato sulfatase) **OU** Laudo do exame genético com presença de mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene da enzima N-acetilgalactosamina-6-sulfatase (GALNS).

***1Atenção:** Estes exames assinalados com (*1) devem ser realizados na MESMA AMOSTRA e pelo MESMO MÉTODO de análise.

- Para **MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO VI (Síndrome de Maroteaux-Lamy)** devem ser apresentados:
 - Laudo de exame de Espirometria devidamente datado e assinado. – Para pacientes com idade igual ou superior a 07 (sete) anos - (Validade máxima de 90 dias;
 - Laudo do exame de atividade da enzima N-acetilgalactosamina-4-sulfatase ou arilsulfatase B (ASB) em comparação com a enzima de referência na mesma amostra e método de análise em Fibroblastos ou Leucócitos.
 - Laudo do exame de atividade de outra enzima sulfatase (arilsulfatasae A ou arilsulfatase B ou Heparan N-sulfatase ou iduronato sulfatase).
 - Laudo do exame de análise quantitativa de excreção urinária de Glisoaminoglicanos (GAG) totais **E/OU** do Laudo do exame de análise quantitativa de Dermatan Sulfato (DS) **OU** Laudo do exame genético com presença de mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene da enzima N-acetilgalactosamina-4-sulfatase ou arilsulfatase B (ASB)
- Para **MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO VII (Síndrome de Sly)** devem ser apresentados:
 - Laudo do exame de atividade da enzima Beta-glicuronidase (GUSB) em comparação com a enzima de referência na mesma amostra e método de análise em Fibroblastos ou Leucócitos.
 - Laudo do exame de análise quantitativa de excreção urinária de Glisoaminoglicanos (GAG) totais **OU** do Laudo do exame de análise quantitativa de Dermatan Sulfato (DS) **OU** Laudo do exame de análise quantitativa de Sulfato Heparan (SH);
 - Laudo do exame de análise de atividade da IDUA (alfa-I-iduronidase) e da IDS (iduronato-sulfatase), avaliadas na mesma amostra que a GUSB (Beta-glicuronidase) deficiente **OU** Laudo do exame genético com presença de mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene da enzima Beta-glicuronidase (GUSB)

*O Laudo Laboratorial deve ser datado e conter assinatura legalmente válida, pelo responsável técnico, conforme a resolução RDC nº 786/2023 (ANVISA/MS). Posteriormente, OUTROS exames complementares poderão ser exigidos por esta Unidade de Saúde, para que a avaliação dessa solicitação seja concluída.

Solicitações subsequentes

➤ Renovação de processo (a cada 6 meses):

1 – Documentos a serem emitidos pelo médico:

- LME (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica);

- **Prescrição Médica:** PRESCRIÇÃO MÉDICA COMUM (sem controle especial): **validade máxima de 180 dias corridos a contar da data da emissão.**
- **Questionário específico conforme subtipo de mucopolissacaridose:** com todos os campos corretamente preenchidos sem emenda e/ou rasura e encontra-se em anexo:
 - ANEXO I – QUESTIONÁRIO PARA MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO IV A (Síndrome de Morquio A);
 - ANEXO II - QUESTIONÁRIO PARA MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO VI (Maroteaux-Lamy);
 - ANEXO III – QUESTIONÁRIO PARA MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO VII (Síndrome de Sly).

2 – Exames a serem apresentados (a cada 6 meses):

- Para **MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO IV A (Síndrome de Morquio A)** devem ser apresentados:
 - Laudo de exame de Espirometria devidamente datado e assinado. – Para pacientes com idade igual ou superior a 07 (sete) anos - (Validade máxima de 90 dias);
 - Laudo do exame de análise quantitativa de excreção urinária de Glisoaminoglicanos (GAG) totais - (Validade máxima de 90 dias);
 - Laudo do paciente quanto aos marcos de desenvolvimento neuropsicomotor realizada por Médico com que possua Registro de Qualificação de Especialista em Neurologia.
- Para **MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO VI (Síndrome de Maroteaux-Lamy)** devem ser apresentados:
 - Laudo de exame de Espirometria devidamente datado e assinado. – Para pacientes com idade igual ou superior a 07 (sete) anos - (Validade máxima de 90 dias);
 - Laudo do exame de análise quantitativa de excreção urinária de Glisoaminoglicanos (GAG) totais - (Validade máxima de 90 dias);
 - Laudo do paciente quanto aos marcos de desenvolvimento neuropsicomotor realizada por Médico com que possua Registro de Qualificação de Especialista em Neurologia.
- Para **MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO VII (Síndrome de Sly)** devem ser apresentados:
 - Laudo do exame de análise quantitativa de excreção urinária de Glisoaminoglicanos (GAG) totais - (Validade máxima de 90 dias);

ORIENTAÇÕES PARA ABERTURA DO PROCESSO

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve acessar o site Expresso Goiás ([Clique aqui para acessar](#)) para solicitar a Abertura de Processo ou Alteração e/ou Inclusão de Medicamento.

Caso o paciente não tenha acesso a internet, o mesmo pode se dirigir a uma das unidades da Central Estadual de Medicação de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC): Goiânia ou Anápolis; ou a uma das Policlínicas do Estado (Goianésia, São Luís de Montes Belos, Goiás, Quirinópolis, Posse e Formosa).

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável também através do site acessando a aba: Solicitar Cadastro de Pessoas Autorizadas.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

I [Declaração autorizadora](#);

II Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade;

II Número de telefone do representante.

O paciente pode acompanhar o andamento do seu processo através do mesmo site acessando o campo "Consultar Andamento do Processo".

ANEXO I – Questionário para início e monitoramento de tratamento de Mucopolissacaridose do Tipo IV A (Síndrome de Morquio A)

CEMAC JB
Centro Estadual
de Medicação
de Alto Custo
Juarez Barbosa

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1. Nome do(a) paciente: _____.

2. Idade do(a) paciente: _____ 3. Peso (em Kg): _____

4. Assinalar abaixo as manifestações que se fizeram presente no paciente:

Baixa estatura desproporcionada (tronco curto)

Estudo radiológico sugestivo de displasia espondiloepifisária, pseudocondroplasia, displasia epifisária múltipla, doença de Legg Calvé-Perthers bilateral;

Alterações articulares bilaterais (frouxidão, rigidez, dor, contraturas, subluxação);

Alterações oculares características (opacificação bilateral da córnea) - (Apresentar exames comprobatórios).

Irmão de qualquer sexo com MPS IV A.

5. O paciente é capaz de percorrer, sem ajuda, pelo menos 5 metros nos 6 primeiros minutos de um teste de caminhada de 6 minutos (TC6M)?

SIM NÃO

6. O paciente encontra-se regular nas avaliações e/ou em programa específico para adesão ao tratamento, ou seja, compareceram a pelo menos 50% do número de eventos agendados?

SIM NÃO. Esclarecer os motivos: _____

6. Outras informações pertinentes:

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico solicitante

ANEXO II – Questionário para início e monitoramento de tratamento de Mucopolissacaridose do Tipo VI (Síndrome de Marateaux-Lamy)

CEMAC JB
Centro Estadual
de Medicação
de Alto Custo
Jurez Barbosa

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1. Nome do(a) paciente: _____.

2. Idade do(a) paciente: _____ 3. Peso (em Kg): _____

4. Assinalar abaixo as manifestações que se fizeram presente no paciente:

Características faciais sugestivas de doença lisossômica (face de “depósito”).

Otite média e infecções respiratórias superiores precoces e de repetição, excluídas outras causas mais frequentes.

Hérnia inguinal ou umbilical, especialmente se ambas e em crianças, excluídas outras causas mais frequentes.

Hepatoesplenomegalia, excluídas outras causas mais frequentes.

Alterações esqueléticas ou articulares típicas (disostose múltipla, giba, limitação da amplitude de movimento das articulações).

Mãos em garra.

Alterações oculares características (opacificação bilateral da córnea) - (Apresentar exames comprobatórios).

Irmão de qualquer sexo com MPS VI.

5. Caso o paciente tenha **idade igual ou superior a 07 (sete) anos** assinale as opções a seguir:

5.1 O paciente é capaz de deambular? SIM NÃO

5.2 O paciente é capaz de percorrer, sem ajuda, pelo menos 5 metros nos 6 primeiros minutos de um teste de caminhada de 6 minutos (TC6M)? SIM NÃO

6. O paciente encontra-se regular nas avaliações e/ou em programa específico para adesão ao tratamento, ou seja, compareceram a pelo menos 50% do número de eventos agendados?

SIM NÃO. Esclarecer os motivos: _____

7. Outras informações pertinentes:

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico solicitante

ANEXO III – Questionário para início e monitoramento de tratamento de Mucopolissacaridose do Tipo VII (Síndrome de Sly)

CEMAC JB
Centro Estadual
de Medicção
de Alto Custo
Jurez Barbosa

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1. Nome do(a) paciente: _____.

2. Idade do(a) paciente: _____ 3. Peso (em Kg): _____

3. Quanto ao teste de caminhada de 6 minutos (TC6M)

Resultado obtido: _____

4. Quanto a Capacidade Vital Forçada (CVF) (%)

Resultado obtido: _____

5. Quanto a Amplitude de flexão de ombro

Resultado obtido: _____

6. Acuidade visual

Resultado obtido: _____

7. PedsQL - Fadiga

Resultado obtido: _____

7. Quanto a hepatomegalia ou esplenomegalia, apresentar os valores obtidos atualmente e método empregado para tal.

() exame físico: _____ () ecografia abdominal: _____

() ressonância abdominal: _____

8. Quanto a adesão ao tratamento. O paciente encontra-se regular nas avaliações e/ou em programa específico para adesão ao tratamento, ou seja, compareceram a pelo menos 50% do número de eventos agendados?

() SIM () NÃO. Esclarecer os motivos: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico solicitante

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – Alfaelosulfase

CEMAC JB
Centro Estadual
de Medicação
de Alto Custo
Juarez Barbosa

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Eu, _____ (nome do paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **alfaelosulfase**, indicada para o tratamento da mucopolissacaridose tipo IVA (Síndrome de Morquio A).

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 os seguintes benefícios:

- melhora dos sintomas da doença, como melhora do teste da caminhada de 6 minutos e redução dos glicosaminoglicanos (GAG) urinários.

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

- medicamento classificado na gestação como fator de risco B (estudos em animais não mostraram anormalidades, embora estudos em mulheres não tenham sido feitos; o medicamento deve ser prescrito com cautela);
- efeitos adversos muito frequentes da alfaelosulfase incluem reações à infusão, como dor no local da aplicação, dor de cabeça, tontura, falta de ar, náusea, febre, dor de barriga e dor na boca e na garganta;
- efeitos adversos frequentes incluem dores nos músculos;
- contraindicação em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco ou aos componentes da fórmula.

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 se 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 (nome por extenso):		
Número do CRM:	UF:	
_____ Assinatura e carimbo do médico		Data:
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. - Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.		

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – Galsulfase

CEMAC JB
Centro Estadual
de Medicação
de Alto Custo
Juarez Barbosa

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **galsulfase**, indicada para o tratamento da mucopolissacaridose tipo VI (Síndrome de Maroteaux-Lamy).

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 podem trazer os seguintes benefícios:

- melhora dos sintomas da doença, como melhora no teste de caminhada em 12 minutos, melhora da função pulmonar e redução dos glicosaminoglicanos (GAGs) urinários.

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

- medicamento classificado na gestação como fator de risco B (estudos em animais não mostraram anormalidades, embora estudos em mulheres não tenham sido feitos; o medicamento deve ser prescrito com cautela);

- efeitos adversos da galsulfase: aqueles relatados em dois ou mais estudos foram problemas na pele, coceiras na pele e febre.

- contraindicação em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco ou aos componentes da fórmula.

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 se 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 (nome por extenso):		
Número do CRM:	UF:	
_____		Data:
_____ Assinatura e carimbo do médico		
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. - Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.		

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - Alfavestronidase

CEMAC JB
Centro Estadual
de Medicção
de Alto Custo
Jurez Barbosa

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **alfavestronidase**, indicada para o tratamento da mucopolissacaridose tipo VII (Síndrome de Sly).

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 podem trazer os seguintes benefícios:

- Melhora dos sintomas da doença, como melhora no teste de caminhada de 6 minutos e redução dos glicosaminoglicanos (GAG) urinários, diminuição da frequência de uso de suporte respiratório, aumento de frequência escolar, normalização de hábitos alimentares e estabilização de tamanho de baço e fígado.

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

- Medicamento sem experiência de uso na gestação e lactação;
- Efeitos adversos da alfavestronidase mais comuns: reação anafilactoide (13%), urticária (13%), inchaço no local da infusão (13%), extravasamento no local da infusão (8,7%), prurido (8,7%), diarreia (8,7%) e erupção cutânea (8,7%);
- Contraindicação em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco ou aos componentes da fórmula.

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 se 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 (nome por extenso):	
Número do CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico	Data:
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. - Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.	

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?*

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* _____ 20- Telefone(s) para contato do paciente _____

Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia: _____
 Parda Sem informação

21- Número do documento do paciente _____ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____