

Guia de Orientação ao Usuário

DOENÇA DE ALZHEIMER

PCDT / CID 10: G30.0, G30.1, G30.8

1. Medicamentos

Donepezil 5 mg, comprimido;	Rivastigmina 3 mg, cápsula
Donepezila 10 mg, comprimido;	Rivastigmina 4,5 mg, cápsula
Galantamina 8 mg, cápsula;	Rivastigmina 6 mg, cápsula
Galantamina 16 mg, cápsula;	Rivastigmina, Hidrogenotartarato 9 Mg Adesivo Transdérmico (4,6 Mg/24h) 5
Galantamina 24 mg, cápsula;	Rivastigmina, Hidrogenotartarato 18 Mg Adesivo Transdérmico (9,5 Mg/24h) 10
Rivastigmina 1,5 mg, cápsula;	Rivastigmina, Hidrogenotartarato 27 Mg Adesivo Transdérmico (13,3 Mg/24h) 15
Rivastigmina 2,0 mg/ml, solução oral	Memantina, Cloridrato 10 mg, comprimido

2. Documentos a serem apresentados (original e cópia)

2.1. Documentos pessoais

Solicitação inicial

- Carteira de Identidade – RG
- Cadastro de Pessoa Física – CPF
- Cartão Nacional de Saúde – CNS
- Comprovante de Residência (*Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência*)
- Declaração Autorizadora, *caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos*

2.2. Documentos a serem emitidos pelo Médico

Solicitação inicial

- LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização De Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Receita Médica**, com posologia para 3 (três) meses de tratamento.
- Laudo Médico**, descrevendo histórico clínico do paciente, diagnóstico informando evolução da doença, sinais e sintomas clínicos, medicamentos prescritos com suas respectivas posologias, se possui doenças concomitantes e **ESCOLARIDADE** do paciente;
- Avaliação Clínica- Mini exame do estado mental - MEEM;
- Avaliação Clínica- Escala de CDR (Estadiamento Clínico das Demências);
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

Renovação a cada 3 (três) meses

- LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento, logo deverá apresentar a receita mensalmente;
- Laudo Médico**, *descrevendo histórico clínico do paciente, em caso de alteração da terapêutica.*
- Avaliação Clínica- Mini exame do estado mental – MEEM (**a cada 6 meses**);
- Avaliação Clínica- Escala de CDR (Estadiamento Clínico das Demências)(**a cada 6 meses**).

2.3. Exames

Solicitação inicial (CÓPIA DOS EXAMES)

- Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética do Encéfalo;
- Hemograma c/ plaquetas;
- Sódio;
- Potássio Sérico;
- Glicemia de jejum;
- Uréia;
- Creatinina;
- Hormônio Estimulador da Tiroxina – TSH;
- Teste Luético – VDRL;
- Vitamina B12.
- Cálcio Total sérico
- Ácido fólico (folato)
- HIV (em pacientes com menos de 60 anos)
- AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);
- ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP).
- VDRL

Para Rivastigmina adesivo deverá apresentar também:

- Relatório médico (apresentar Doença de Alzheimer e com problemas de deglutição)

Renovação trimestral (CÓPIA DOS EXAMES)

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade correspondente a patologia de que trate este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para Receber os Medicamentos

O Usuário ou seu Representante deve comparecer, na data agendada, à Farmácia de Maceió munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 10 (dez) dias úteis;
2. Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
3. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
4. Regras estabelecidas pela Portaria SAS/MS nº 1.298 - 21/11/2013, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de Doença de Alzheimer

HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO	CENTRAL TELEFÔNICA	PORTAL SESAU/LINK CEAF
07:30hs às 16:30hs (renovação e dispensação)	3315-6109 e 3315-6110,	http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/assistencia-farmaceutica/guias-de-orientacao/
07:30hs às 16h (cadastro inicial)	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	
Segunda a sexta	07:30hs às 16:30hs.	(todas as letras devem ser minúsculas)
	Segunda a sexta	

**AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA - escala
CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)**

Nome do paciente: _____

	Saudável CDR 0	Demência Questionável CDR 0,5	Demência leve CDR 1	Demência Moderada CDR 2	Demência Grave CDR 3
MEMÓRIA	Sem perda de memória, ou apenas esquecimento discreto e inconsistente ()	Esquecimento leve e consistente; lembrança parcial de eventos; "esquecimento benigno" ()	Perda de memória moderada, mais acentuada para fatos recentes; o déficit interfere com atividades do dia-a-dia ()	Perda de memória grave; apenas material <i> muito </i> aprendido é retido; materiais novos são rapidamente perdidos ()	Perda de memória grave; apenas fragmentos permanecem ()
ORIENTAÇÃO	Plenamente orientado ()	Plenamente orientado ()	Dificuldade moderada com as relações de tempo; orientado no espaço no exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais ()	Geralmente desorientado ()	Orientação pessoal apenas ()
JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Resolve bem problemas do dia-a-dia, juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado ()	Leve comprometimento na solução de problemas, semelhanças e diferenças ()	Dificuldade moderada na solução de problemas, semelhanças e diferenças; julgamento social geralmente mantido ()	Gravemente comprometido para solução de problemas, semelhanças e diferenças. Juízo social geralmente comprometido ()	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico ()
ASSUNTOS NA COMUNIDADE	Função independente na função habitual de trabalho, compras, negócios, finanças e grupos sociais ()	Leve dificuldade nestas atividades ()	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades embora ainda possa desempenhar algumas; pode parecer normal à avaliação superficial ()	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa ()	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece muito doente para ser levado a atividades fora de casa ()
LAR E PASSATEMPOS	Vida em casa, passatempos, e interesses intelectuais mantidos ()	Vida em casa, passatempos, e interesses intelectuais levemente afetados ()	Comprometimento leve mas evidente em casa; abandono das tarefas mais difíceis; passatempos e interesses mais complicados são também abandonados ()	Só realiza as tarefas mais simples. Interesses muito limitados e pouco mantidos ()	Sem qualquer atividade significativa em casa ()
CUIDADOS PESSOAIS	Plenamente capaz ()	Plenamente capaz ()	Necessita assistência ocasional ()	Requer assistência no vestir e na higiene ()	Requer muito auxílio nos cuidados pessoais. Geralmente incontinente ()

Resultado: _____

Assinatura e carimbo do médico

MINI –EXAME DO ESTADO MENTAL
(Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

Paciente: _____

Escolaridade: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto).....()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto).....()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto).....()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto).....()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
- (alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra).....()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos).....()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto).....()
- Comando:
"Pegue este papel com a mão direita. Dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto).....()
- Escrever uma frase (1 ponto).....()
- Copiar um desenho (1 ponto).....()

ESCORE: (____/30)

Assinatura e carimbo do médico

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE DE
DONEPEZILA, GALANTAMINA, E RIVASTIGMINA**

Eu (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso dos medicamentos **donepezil, galantamina e rivastigmina** para o tratamento da doença de Alzheimer.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico..... (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis. Assim, declaro que: Fui claramente informado(a) de que os medicamentos podem trazer os seguintes benefícios: • redução na velocidade de progressão da doença; • melhora da memória e da atenção.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

• medicações classificadas na gestação como:

-categoria C (significa que risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos): donepezil;

-categoria B (significa que risco para o bebê é muito improvável): **galantamina e rivastigmina**;

• risco de ocorrência dos seguintes efeitos colaterais:

-donepezil: freqüentes: dor de cabeça, náuseas e diarreia; menos freqüentes: síncope, dor no peito, fadiga, insônia, tonturas, depressão, pesadelos, sonolência, perda do apetite, vômitos, perda de peso, aumento da freqüência urinária, espasmos musculares, artrite e dores pelo corpo;

-galantamina: freqüentes: náuseas, vômitos, diarreia; menos freqüentes: diminuição da freqüência de batidas do coração, desmaios, dor no peito, tontura, dor de cabeça, depressão, cansaço, insônia, sonolência, tremor, perda do apetite, emagrecimento, dor abdominal, azia e outros sinais de irritação gástrica, gases, infecções urinárias, incontinência, anemia, rinite; raros: são descritos a ocorrência de apatia, fibrilação atrial, bloqueio atrio-ventricular, convulsão, delírio, diverticulite, gastrite, gastroenterite, insuficiência cardíaca, aumento da glicose no sangue, pressão baixa, aumento de desejo sexual, sangue nas fezes, palpitação, boca seca, aumento de salivação, vertigem, cálculo renal, retenção urinária.

-rivastigmina: freqüentes: tonturas, dor de cabeça, náuseas, vômitos, diarreia, perda do apetite; menos freqüentes: desmaios, pressão alta, cansaço, insônia, sonolência, te, dor abdominal; confusão, depressão, ansiedade, tontura, alucinação, agressividade, azia e sintomas de irritação gástrica, prisão de ventre, gases, perda de peso, arrotos, infecções urinárias, fraqueza muscular, tremores, rinite.

• necessidade de comparecer às consultas periódicas conforme agendadas e a realizar os exames e avaliações solicitados pelo médico;

Estou ciente de que posso suspender este tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, para fins de pesquisa, desde que assegurado o anonimato. Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado. Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

O meu tratamento constará do seguinte medicamento:

() Donepezila () Galantamina () Rivastigmina

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	

Observações:

1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura é imprescindível para o fornecimento do medicamento.
2. Este Termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia responsável



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

1- Nome do Paciente _____ 2- CNS _____

3- Nome do estabelecimento do médico solicitante _____ 4- CNES _____

	5- Medicamento	6- Quantidade solicitada		
		1º mês	2º mês	3º mês
1				
2				
3				
4				
5				

JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)

7- Diagnóstico _____ 8- CID-10 Principal _____ 9- CID-10 Secundário _____

10- Anamnese _____

11- Alterações laboratoriais significativas _____

12- Tratamentos prévios _____

ATESTADO DE CAPACIDADE

13- 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 _____ 15- Data da solicitação _____ 16- Assinatura e carimbo do médico _____

18- Documento CPF CNS _____ 17- Nº documento _____

DADOS COMPLEMENTARES DO PACIENTE

19- Data de nascimento _____ 20- Altura (m) _____ 21- Peso (Kg) _____ 22- Sexo Masc Fem _____ 23- Município de residência/UF _____

24- Endereço _____

25- Telefone de contato _____ 26- Nome da mãe ou responsável _____

27- Nome do profissional responsável pelo preenchimento _____ 28- Data preenchimento _____ 31- Assinatura do responsável pelo preenchimento _____

29- Documento CPF CNS _____ 30- Nº documento _____



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA****DECLARAÇÃO AUTORIZADORA**

Pelo presente instrumento particular de _____, Nome do paciente
portador do documento de identidade nº _____ emitido pela _____ e do Nº identidade Órgão emissor/UF
Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº _____ Nº CNS **AUTORIZO**
_____, portador do documento de identidade Nome completo do representante
nº _____ emitido pela _____, domiciliado no endereço Nº identidade Órgão emissor/UF
_____, nº _____, bairro _____, no município Nome do logradouro
de _____, CEP _____, telefone _____ como meu Município/UF CEP da residência Telefone de contato
REPRESENTANTE para retirada de medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

- Grau de parentesco entre o representante e o paciente: _____
- Motivo da necessidade de representante:
 - Impossibilidade física
 - Município de residência diverso ao da farmácia
 - Incompatibilidade de horário
 - Outro. Especifique: _____
- Declaro serem verdadeiras as informações acima descritas e manifesto ciência de que a falsidade de informações configura falsificação de documento público, capitulada no artigo 297 do Código Penal Brasileiro, sendo passível de punição na forma da Lei.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do paciente ou responsável

Eu, _____, tendo sido instituído como REPRESENTANTE Nome do representante
do paciente _____, conforme descrição acima referida, Nome do paciente
comprometo-me a entregar todo o medicamento fornecido pela farmácia para utilização do paciente em questão, nas mesmas condições físicas, de temperatura e de uso a que me foram responsabilizadas, além de repassar todas as informações que me foram apresentadas durante a dispensação do(s) medicamento(s).

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do representante

* Para cadastro do representante, deverá ser apresentada a cópia do documento de identidade do representante.

