

Guia de Orientação ao Usuário Esclerose Múltipla

PCDT / CID 10: G35

1. Medicamentos

| | |
|---|--|
| <p>Acetato de Glatiramer 20 mg, frasco-ampola ou seringa preenchida;</p> <p>Beta interferona - 1A – 6.000.000 UI (22 mcg), seringa preenchida; Interferon</p> <p>Beta interferona - 1A – 6.000.000 UI (30 mcg), frasco-ampola ou seringa preenchida;</p> <p>Beta interferona - 1A – 12.000.000 UI (44 mcg), seringa preenchida;</p> | <p>Betainterferona -1B – 9.600.000 UI (300mcg), frasco-ampola;</p> <p>Azatioprina 50 mg, comprimido;</p> <p>Natalizumabe 300 mg, frasco-ampola;</p> <p>Fingolimode 0,5 mg, cápsula,</p> <p>Fumarato de Dimetila 120 mg, comprimido,</p> <p>Fumarato de Dimetila 240 mg, comprimido,</p> <p>Teriflunomida 14 mg, comprimido.</p> |
|---|--|

2. Documentos a serem apresentados (original e cópia)

2.1. Documentos pessoais

| Solicitação inicial |
|--|
| <input type="checkbox"/> Carteira de Identidade – RG <input type="checkbox"/> Cadastro de Pessoa Física – CPF <input type="checkbox"/> Cartão Nacional de Saúde – CNS <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência (<i>Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência</i>) <input type="checkbox"/> Declaração Autorizadora, <i>caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos</i> |

2.2. Documentos a serem emitidos pelo Médico

| Solicitação inicial | Renovação a cada 3 (três) meses |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Receita Médica , com posologia para 3 (três) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo Médico , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico e se há doenças concomitantes; <input type="checkbox"/> Escala Expandida do Estado de Disfunção - Escala EDSS <input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade . <p>No LME, campo (anamnese), preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.</p> | <input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Receita Médica , com posologia para 3 (três) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo Médico , <i>descrevendo histórico clínico do paciente, em caso de alteração da terapêutica.</i> <input type="checkbox"/> Escala Expandida do Estado de Disfunção - Escala EDSS e Taxa de surtos (a cada 6 meses) <p>Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.</p> |

2.3. Exames

| Solicitação inicial | Renovação a cada 3 (três) meses |
|--|--|
| <p>Para Betainterferonas, Glatirâmer, Azatioprina, teriflunomida, Natalizumabe e Fingolimode:</p> <input type="checkbox"/> Ressonância Magnética (crânio ou coluna vertebral); <input type="checkbox"/> Hemograma completo; <input type="checkbox"/> AST – Transaminase Glutâmico Oxalacética/TGO; <input type="checkbox"/> ALT – Transaminase Glutâmico Pirúvica/TGP; <input type="checkbox"/> Bilirrubina; <input type="checkbox"/> Dosagem sérica de vitamina B12, TSH; <input type="checkbox"/> Anti-HIV e VDRL; <input type="checkbox"/> EDSS <input type="checkbox"/> Beta HCG (mínimo de 15 dias) <input type="checkbox"/> Relatório com Evolução clínica da doença (constando a data de início do tratamento) e se já fez uso prévio de Natalizumabe com motivo de interrupção ou da contra-indicação (para Fingolimode); <input type="checkbox"/> Laudo de Eletrocardiograma (para Fingolimode) <input type="checkbox"/> Cópia do laudo de Rx de tórax (ou descrição clínica realizada por infectologista ou pneumologista afastando o diagnóstico de tuberculose) (para Natalizumabe) | <p>Para Betainterferonas, Azatioprina, teriflunomida e Fumarato de Dimetila:</p> <input type="checkbox"/> Hemograma completo; <input type="checkbox"/> AST – Transaminase Glutâmico Oxalacética/TGO; <input type="checkbox"/> ALT – Transaminase Glutâmico Pirúvica/TGP; <input type="checkbox"/> Bilirrubina; <input type="checkbox"/> Gama-GT; <input type="checkbox"/> Fosfatase Alcalina; <input type="checkbox"/> TSH (anualmente). <p>Para Natalizumabe:</p> <input type="checkbox"/> Hemograma completo; <input type="checkbox"/> EDSS <input type="checkbox"/> Beta HCG (mínimo de 15 dias) <p>Para Fingolimode:</p> <input type="checkbox"/> AST – Transaminase Glutâmico Oxalacética/TGO; <input type="checkbox"/> ALT – Transaminase Glutâmico Pirúvica/TGP; <input type="checkbox"/> Bilirrubina; |



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 uteis;
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 pelas Portaria conjunta nº 10, de 02 de abril de 2018, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de Esclerose Múltipla.

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

ESCALA DE EDSS – SISTEMAS FUNCIONAIS (SF) PARA A ESCALA EDSS

| FUNÇÕES PIRAMIDAIAS: | |
|--|-----|
| Normal. | 0 |
| Sinais anormais sem incapacidade. | 1 |
| Incapacidade mínima. | 2 |
| Discreta ou moderada paraparesia ou hemiparesia; monoparesia grave. | 3 |
| Paraparesia ou hemiparesia acentuada; quadriparesia moderada; ou monoplegia. | 4 |
| Paraplegia, hemiplegia ou acentuada quadriparesia. | 5 |
| Quadriplegia. | 6 |
| Desconhecido. | (*) |
| FUNÇÕES CEREBELARES: | |
| Normal. | 0 |
| Sinais anormais sem incapacidade. | 1 |
| Ataxia discreta em qualquer membro. | 2 |
| Ataxia moderada de tronco ou de membros. | 3 |
| Incapaz de realizar movimentos coordenados devido à ataxia. | 4 |
| Desconhecido. | (*) |
| FUNÇÕES DO TRONCO CEREBRAL: | |
| Normal. | 0 |
| Somente sinais anormais. | 1 |
| Nistagmo moderado ou outra incapacidade leve. | 2 |
| Nistagmo grave, acentuada paresia extraocular ou incapacidade moderada de outros cranianos. | 3 |
| Disartria acentuada ou outra incapacidade acentuada. | 4 |
| Incapacidade de deglutir ou falar. | 5 |
| Desconhecido. | (*) |
| FUNÇÕES SENSITIVAS: | |
| Normal | 0 |
| Diminuição de sensibilidade ou estereognosia em 1-2 membros. | 1 |
| Diminuição discreta de tato ou dor, ou da sensibilidade posicional ou diminuição moderada da vibratória ou estereognosia em 1-2 membros; ou diminuição somente da vibratória em 3-4 membros. | 2 |
| Diminuição moderada de tato ou dor, ou posicional, ou perda da vibratória em 1-2 membros; ou diminuição discreta de tato ou dor ou diminuição moderada de toda propriocepção em 3-4 membros. | 3 |
| Diminuição acentuada de tato ou dor, ou perda da propriocepção em 1-2 membros; ou diminuição moderada de tato ou dor ou diminuição acentuada da propriocepção em mais de 2 membros. | 4 |
| Perda da sensibilidade de -2 membros; ou moderada diminuição de tato ou dor ou perda da propriocepção na maior parte do corpo abaixo da cabeça. | 5 |
| Anestesia da cabeça para baixo. | 6 |
| Desconhecido. | (*) |
| FUNÇÕES VESICAIS: | |
| Normal. | 0 |
| Sintomas urinários sem incontinência. | 1 |
| Incontinência menor ou igual uma vez por semana. | 2 |
| Incontinência maior ou igual uma vez por semana. | 3 |
| Incontinência diária ou mais que uma vez por dia. | 4 |
| Caracterização contínua. | 5 |
| Grau 5 para bexiga e grau 5 para disfunção retal. | 6 |
| Desconhecido. | (*) |

| FUNÇÕES INTESTINAIS: | |
|--|------------|
| Normal. | 0 |
| Obstipação menos que diária sem incontinência. | 1 |
| Obstipação diária sem incontinência. | 2 |
| Incontinência menos de uma vez semana. | 3 |
| Incontinência mais de uma vez semana, mas não diária. | 4 |
| Sem controle de esfíncter retal. | 5 |
| Grau 5 para bexiga e grau 5 para disfunção retal. | 6 |
| Desconhecido . | (*) |
| FUNÇÕES VISUAIS: | |
| Normal. | 0 |
| Escotoma com acuidade visual (AV) igual ou melhor que 20/30. | 1 |
| Pior olho com escotoma e AV de 20/30 a 20/59. | 2 |
| Pior olho com grande escotoma, ou diminuição moderada dos campos, mas com AV de 20/60 a 20/99. | 3 |
| Pior olho com diminuição acentuada dos campos a AV de 20/100 a 20/200; ou grau 3 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60. | 4 |
| Pior olho com AV menor que 20/200; ou grau 4 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60. | 5 |
| Grau 5 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60. | 6 |
| Desconhecido. | (*) |
| FUNÇÕES MENTAIS | |
| Normal. | 0 |
| Alteração apenas do humor. | 1 |
| Diminuição discreta da mentação. | 2 |
| Diminuição normal da mentação. | 3 |
| Diminuição acentuada da mentação (moderada síndrome cerebelar crônica). | 4 |
| Demência ou grave síndrome cerebral crônica. | 5 |
| Desconhecido. | (*) |
| OUTRAS FUNÇÕES: | |
| Nenhuma. | 0 |
| Qualquer outro achado devido à EM. | 1 |
| Desconhecido. | (*) |

A soma dos escores é expressa como (*), quando a informação é desconhecida e, portanto, não soma valor.

| INTERPRETAÇÃO DOS SISTEMAS FUNCIONAIS E ESCALA DE EDSS | EDSS |
|---|-------------|
| Exame neurológico normal (todos SF grau 0; Grau 1 SF mental é aceitável). | 0 |
| Nenhuma incapacidade, sinais mínimos em 1 SF. (por ex.: sinal de Babinski ou diminuição da sensibilidade vibratória). | 1 |
| Nenhuma incapacidade, sinais mínimos em mais de 1 SF. | 1,5 |
| Incapacidade mínima em 1 SF (1 SF grau 2, outros 0 ou 1). | 2,0 |
| Incapacidade mínima em 2 SF (2 SF grau 2, outros 0 ou 1). | 2,5 |
| Incapacidade moderada em 1 SF (1 SF grau 3, outros 0 ou 1), ou incapacidade discreta em 3 ou 4 SF (3 ou 4 SF grau 2, outros 0 ou 1). | 3,0 |
| Pode caminhar a distância que quiser. Incapacidade moderada em 1 SF (grau 3) e 1 ou 2 SF grau 2; ou 2 SF grau 3; ou 5 SF grau 2 (outros 0 ou 1). | 3,5 |
| Pode caminhar sem ajuda ou descanso até 500m. Auto-suficiente. (1 SF grau 4 (outros 0 ou 1), ou vários graus 3 ou menores). | 4,0 |
| Pode caminhar sem ajuda ou descanso até 300m. Hábil para trabalhar todo o dia, podendo apresentar alguma limitação ou requerer mínima assistência. (1 SF grau 4 - outros 0 ou 1 - ou combinação de graus menores que excedam limites de estágios anteriores). | 4,5 |
| Pode caminhar sem ajuda ou descanso até 200m. Apresenta incapacidade que compromete as atividades diárias. (1 SF grau 5 - outros 0 ou 1 - ou combinação de graus menores que excedam especificações para o grau 4). | 5,0 |
| Pode caminhar sem ajuda ou descanso até 100m. Incapacidade grave suficiente para impedir a realização das atividades diárias. (1 SF grau 5 - outros 0 ou 1 - ou combinação de graus menores que excedam especificações para o grau 4). | 5,5 |
| Auxílio intermitente ou unilateral constante (bengalas, muletas) para caminhar cerca de 100m com ou sem descanso. (Combinações de SF com mais de 2 com grau 3.) | 6,0 |
| Auxílio bilateral constante para caminhar 20m sem descanso. (Combinações de SF com mais de 2 com grau 3.) | 6,5 |
| Incapacidade para caminhar mais de 5m, mesmo com auxílio; uso de cadeira de rodas; capaz de entrar e sair da cadeira sem ajuda. (Combinações com mais de 1 SF grau 4; mais raramente, SF piramidal grau 5 isolado.) | 7,0 |
| Não consegue dar mais do que alguns poucos passos, essencialmente restrito à cadeira de rodas; pode precisar de ajuda para entrar e sair da cadeira; não consegue permanecer na cadeira de rodas comum o dia inteiro (somente na motorizada). Combinações com mais de 1 SF grau 4. | 7,5 |
| Essencialmente confinado à cadeira de rodas ou à cama. Consegue se locomover com a cadeira de rodas, porém não consegue ficar fora da cama por muito tempo. Consegue realizar algumas funções de sua higiene e mantém o uso dos braços. (Combinações, geralmente grau 4 em várias funções.) | 8,0 |
| Permanece na cama a maior parte do dia; consegue realizar algumas funções para cuidar de sua própria higiene e mantém algum uso dos braços. (Combinações, geralmente grau 4 em várias funções.) | 8,5 |
| Acamado e incapacitado; consegue se comunicar e comer. Não realiza higiene própria (combinações, geralmente grau 4 em várias funções). | 9,0 |
| Totalmente incapacitado; não consegue se comunicar efetivamente ou de comer/engolir. (Combinações, geralmente grau 4 em várias funções.) | 9,5 |
| Morte devido envolvimento tronco ou falência respiratória; ou morte consequente longo tempo acamado no leito com pneumonia, sepsis, uremia ou falência respiratória. | 10 |

Fonte: Chaves MLF, Finkelsztejn A, Stefani MA. Rotinas em Neurologia e Neurocirurgia. Porto Alegre. Artmed, 2008. Capítulo “Escala em Neurologia”.

ESCLEROSE MÚLTIPLA
(CID 10: G35)**LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DO NATALIZUMABE**

Informar abaixo se o paciente passou por alguma das condições abaixo:

1. Já utilizou imunomodulador : SIM NÃO
Por quanto tempo? _____
2. Já utilizou Azatioprina: SIM NÃO
Por quanto tempo? _____
3. Teve diagnóstico de micose sistêmica: SIM NÃO
Quando? _____
4. Teve diagnóstico de Herpes grave: SIM NÃO
Quando? _____
5. Teve diagnóstico de infecção por HIV: SIM NÃO
Quando? _____
6. Teve qualquer outra infecção oportunista nos últimos 3 meses SIM NÃO
Qual? _____
7. Tem alguma infecção atual ativa: SIM NÃO
Qual? _____

Justificativa da solicitação:

Carimbo e assinatura do médico prescritor:

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
AZATIOPRINA, GLATIRÂMÉR, BETAINTERFERONAS, TERIFLUNOMIDA, FURAMATO DE
DIMETILA, FINGOLIMODE E NATALIZUMABE.**

Eu, _____
(nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de azatioprina, glatirâmer, betainterferonas e natalizumabe, indicados para o tratamento de esclerose múltipla.

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:

- melhora dos sintomas;
- redução do número de internações hospitalares.

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

- não se sabe ao certo os riscos do uso da betainterferona, teriflunomida, fumarato de dimetila, fingolimode e natalizumabe na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;

- há evidências de riscos ao bebê com o uso de azatioprina, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos;

- é pouco provável que o glatirâmer apresente risco para o bebê; os benefícios potenciais provavelmente sejam maiores que os riscos;

- efeitos adversos da azatioprina: diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, problemas no fígado, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, queda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos (retinopatia), falta de ar, pressão baixa;

- efeitos adversos das betainterferonas: reações no local de aplicação, sintomas de tipo gripal, distúrbios menstruais, depressão (inclusive com ideação suicida), ansiedade, cansaço, perda de peso, tonturas, insônia, sonolência, palpitações, dor no peito, aumento da pressão arterial, problemas no coração, diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, falta de ar, inflamação na garganta, convulsões, dor de cabeça e alterações das enzimas do fígado;

- efeitos adversos do glatirâmer: dor e irritação no local da injeção, dor no peito e dores difusas, aumento dos batimentos do coração, dilatação dos vasos, ansiedade, depressão, tonturas, coceira na pele, tremores, falta de ar e suor;

- efeitos adversos da teriflunomida: cefaleia, diarreia, náusea, alopecia e aumento da enzima alanina aminotransferase (ALT/TGP);

- efeitos adversos do furamato de dimetila: rubor, eventos gastrointestinais (diarreia, náuseas, dor abdominal, dor abdominal superior), linfopenia, leucopenia, sensação de queimação, fogacho, vômito, gastrite, prurido, eritema, proteinúria e aumento de aminotransferases. Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) reação adversa grave, já foi relatada, portanto, os pacientes devem ser monitorizados regularmente para que sejam detectados quaisquer sinais ou sintomas que possam sugerir LEMP, como infecções e reações de hipersensibilidade;

- efeitos adversos do fingolimode: dor de cabeça, dor nas costas, diarreia, tosse, tontura, fraqueza, queda de cabelo, falta de ar, elevação das enzimas do fígado, infecções virais, sinusite, problemas de visão e diminuição dos batimentos no coração que podem acontecer logo após a administração da primeira dose do medicamento e até seis horas após. Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) reação adversa grave, já foi relatada, portanto, os pacientes devem ser monitorizados regularmente para que sejam detectados quaisquer sinais ou sintomas que possam sugerir LEMP, como infecções e reações de hipersensibilidade;

- efeitos adversos do natalizumabe: dor de cabeça, tontura, vômitos, náuseas, alergias, arrepios, cansaço e alterações nas enzimas do fígado. Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) reação adversa grave, já foi relatada, portanto, os pacientes devem ser monitorizados regularmente para que sejam detectados quaisquer sinais ou sintomas que possam sugerir LEMP, como infecções e reações de hipersensibilidade.

Estou ciente de que o 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 consta do seguinte medicamento:

() azatioprina () betainterferona 1a () betainterferona 1b () glatirâmer () teriflunomida () fumarato de dimetila () fingolimode () natalizumabe

| | | |
|---|-------|---------------|
| 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 |

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



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.