



GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL 5Q TIPOS 1 E 2.

PCDT / CID 10: G 12.0 / G 12.1

1. Medicamentos

Nusinersena: 2,4 mg/mL solução injetável - Frasco-ampola (5 mL);
Risdiplam: pó para solução oral de 0,75 mg/mL;

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 6 (seis) meses de tratamento;
- Relatório Médico**, com critério, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.
- Questionário para avaliação clínica** de pacientes com AME 5q (anexo).

Renovação a cada 6 (seis) meses

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- Relatório Médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;
- Questionário para avaliação clínica** de pacientes com AME 5q (anexo).

2.3. Exames

Solicitação inicial

- Diagnóstico genético confirmado de AME 5q (qPCR ou MLPA);
- Carteira de vacinação atualizada de acordo com o calendário vigente no SUS;
- Função motora Escala CHOP-INTEND e HINE-2;

Renovação a cada 6 (seis) meses

- Carteira de vacinação atualizada de acordo com o calendário vigente no SUS;
- Função motora Escala CHOP-INTEND e HINE-2;

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:

- Tempo do tratamento preconizado para seis meses;
- O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia, NEUROLOGIA/GENÉTICA/PEDIATRIA;
- No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista;
- Os exames são aceitos com validade de até 90 dias de sua emissão.
- A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Os documentos (LME, Receita Médica e Relatório Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
- O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o Médico ou farmacêutico;
- Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 07/2013 e SAS/MS nº. Portaria nº 6, de 19 de Maio de 2023 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de Atrofia Muscular Espinhal 5q tipos 1 e 2;
- O CEAF não abre para atendimento ao público no último dia útil do mês, fechado para balanço.



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO

07:30 h às 16:30 h

Segunda à sexta

(fechado no último dia útil do mês)

CENTRAL TELEFÔNICA

3315-6109 e 3315-6110

PORTAL SESAU/LINK CEAF

<https://www.saude.al.gov.br/component-e-especializado-da-assistencia-farmaceutica/>

(todas as letras devem ser minúsculas)



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

NUSINERSENA E RISDIPLAM

Eu, _____ (nome do(a) responsável), responsável legal pelo paciente _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **nusinersena e risdiplam**, indicados para o tratamento da **Atrofia Muscular Espinhal 5q tipos 1 e 2**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas 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:

- Independência de ventilação mecânica invasiva permanente, definida como < 24 horas de ventilação por dia, continuamente, durante o período do tratamento medicamentoso, exceto por uso em caso de insuficiência respiratória aguda gerada por outras causas que não a AME 5q tipos 1 ou 2;
- independência de suporte nutricional invasivo durante o período de tratamento; e
- melhora ou estabilização de função motora, definida por critérios estabelecidos em escalas apropriadas.

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

Nusinersena

Relacionados à punção lombar e administração intratecal

- Dor de cabeça, náusea, vômitos, dor lombar e infecção. A maioria destes eventos foi relatada no período de 72 horas após o procedimento.
- Sintomas e sinais de hipertensão intracraniana (cefaleia, náusea, vômitos, letargia e edema de papila) e outras complicações à punção lombar e à administração intratecal, como lesão do parênquima nervoso (dor lombar, rigidez de nuca, fraqueza ou mesmo paralisia muscular), dor e febre devidas a infecção, hemorragia e outros sinais de acometimento do sistema nervoso central, como vertigem, sonolência, irritabilidade e convulsões.

Relacionadas à ação do medicamento:

- Baixa do número de plaquetas no sangue e alteração da coagulação sanguínea, após a administração de nusinersena;
- Alteração da função renal foi observada após administração de nusinersena por vias subcutânea e intravenosa, daí ser preconizada a realização do teste de presença de proteína em urina e, em caso de persistência de proteínas urinárias presentes em concentração elevada, deve-se proceder a uma melhor avaliação.;
- Nos estudos de toxicidade realizados em modelos animais (in vivo), não foram observados efeitos relacionados aos órgãos reprodutivos, na fertilidade masculina ou feminina ou no desenvolvimento do embrião ou fetal;
- Os efeitos do tratamento com nusinersena sobre o parto e o trabalho de parto são desconhecidos;
- Inexistem dados de estudos clínicos sobre o tratamento com nusinersena durante a gravidez (período gestacional) em seres humanos. O benefício do tratamento versus risco potencial deve ser discutido com mulheres em idade fértil ou grávidas, pois o nusinersena se inclui na categoria de risco C para gravidez;
- Insuficiência renal e alterações hepáticas não foram estudadas em pacientes em uso de nusinersena.

Risdiplam

Relacionadas à ação do medicamento:

- Nos estudos de toxicidade realizados em modelos animais (in vivo), foram observados efeitos relacionados aos órgãos reprodutivos, na fertilidade masculina ou feminina ou no desenvolvimento do embrião ou fetal. Os pacientes com potencial reprodutivo devem ser informados dos riscos e devem utilizar contracepção altamente eficaz durante o tratamento e até pelo menos 1 mês após a última dose para pacientes do sexo feminino e 4 meses após a última dose para pacientes do sexo masculino;
 - Os efeitos do tratamento com risdiplam sobre o parto e o trabalho de parto são desconhecidos;
 - O uso durante a gestação ou lactação é contraindicado, uma vez que se inclui na categoria de risco C para gravidez.
- O risdiplam demonstrou ser embriofetotóxico, teratogênico, sendo excretado no leite em estudos com modelos animais;
- Em pacientes com insuficiência hepática leve ou moderada não houve impacto na farmacocinética, segurança e tolerabilidade



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



de uma dose única de 5 mg de risdiplam, não sendo necessário realizar o ajuste de doses;

- Insuficiência renal, insuficiência hepática grave e idade superior a 60 anos não foram situações estudadas em pacientes em uso de risdiplam.

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 fazer 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:		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.



QUESTIONÁRIO - AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM AME 5Q TIPOS 1 E 2

Paciente: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Tempo de diagnóstico: _____

CNS: _____

Sexo: () F () M

Função respiratória

01 - Uso de ventilação mecânica nos três meses de acompanhamento (caso necessário pode ser assinalada mais de uma opção):

() Não

() Sim, ventilação não invasiva, por: ___ horas/dia, durante: ___ dias

() Sim, ventilação invasiva, por: ___ horas/dia, durante: ___ dias

Observações quanto ao uso de ventilação: _____

02 - Saturação de O₂: _____ %

Cuidado nutricional

03 - Via de alimentação majoritária nos três meses de acompanhamento:

() Oral

() Nutrição enteral por tubo (nasoentérica, nasogástrica, entre outras ostomias)

04 - Consistência da dieta majoritária nos três meses de acompanhamento:

() Sólida

() Pastosa

() Líquida

Observações: _____

Medidas antropométricas

05 - Idade: _____ meses

06 - Peso: _____ kg

07 - Sexo: () M () F

08 - Estatura: _____ cm

09 - Perímetro cefálico: _____ cm

10 - Perímetro braquial: _____ cm

11 - Perímetro torácico: _____ cm

Estado nutricional

12 - Escore Z (OMS): _____

13 - Peso por idade: _____

14 - Altura por idade: _____

15 - Índice de Massa Corporal: _____



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



Função motora

16 - Classificação da AME – () Tipo 1 () Tipo 2 () Tipo 3 ou 4

17 - Resultado escala CHOP-INTEND: _____ pontos – Data da avaliação: ____/____/____

18 - Resultado escala HINE: _____ pontos – Data da avaliação: ____/____/____

❖ O paciente está em início de tratamento para atrofia muscular espinhal? () Sim () Não

❖ O paciente possui histórica familiar de atrofia muscular espinhal? () Sim () Não

❖ O paciente está em atendimento realizado em centro de referência? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

❖ Com quanto meses de vida surgiram os sintomas? _____

❖ O paciente possui história de doença cerebral ou da medula espinhal que impeça a administração intratecal de medicamento ou a circulação do líquido cefalorraquidiano? () Sim () Não

❖ Paciente com presença de contraturas graves ou de escoliose grave? () Sim () Não

❖ O paciente com presença de derivação implantada para drenagem do líquido cefalorraquidiano ou de cateter de sistema nervoso central implantado? () Sim () Não

❖ O paciente possui outras doenças diagnosticadas? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

❖ Já apresentou reações alérgicas a medicamentos? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

❖ O paciente possui alguma complicação clínica? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

❖ O paciente já fez uso de medicamentos para tratar esta condição clínica? () Sim () Não

Qual? _____

Descrever os motivos para suspensão e troca de tratamento: _____

Relatório médico com descrição da situação motora do paciente e justificativa para escolha da escala que melhor se adequa à condição do paciente (utilize o verso caso necessário): _____

O diagnóstico de entrada é compatível com Atrofia Muscular Espinhal 5q Tipos 1 e 2, CID 10: _____ necessitando dar início ou manter o tratamento preventivo iniciado nessa Unidade, segundo o Protocolo Padronizado de Medicamentos para Atrofia Muscular Espinhal 5q Tipos 1 e 2, necessitando fazer uso de _____ (Frequência ao dia (s) ou na semana (s)).

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data __/__/__

ESCALA CHOP-INTEND*
AVALIAÇÃO MOTORA PACIENTES AME 5Q
Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 03 - 18/01/2022

Nome do(a) paciente: _____
Data da avaliação: _____. **Idade:** _____
Tempo desde a última alimentação: _____

Observação: este documento deve ser completamente e corretamente preenchido para avaliação do processo administrativo de solicitação de Nusinersena para pacientes com diagnóstico de AME tipo I E 2.

Critério	Posição	Procedimento do teste	Grau de resposta	Pontuação	Escore
1 - Movimento espontâneo de membros superiores (braços).	Supino (deitado de barriga para cima).	O examinador pode sustentar o braço e observar a mão sem o atrito da superfície. O examinador pode acariciar a mão ou o pé para obter uma resposta se nenhuma for observada.	Movimento antigravidade do ombro (consegue retirar o cotovelo da superfície).	4	D: E:
			Movimento antigravidade do cotovelo (consegue levantar/retirar mão e antebraço da superfície).	3	
			Movimento ativo de punho.	2	
			Movimento isolado de dedos.	1	
			Sem movimento dos membros.	0	
2 - Movimento espontâneo de membros inferiores (pernas).	Supino (deitado de barriga para cima).	O examinador pode sustentar a perna e observar o pé sem o atrito da superfície. O examinador pode acariciar a mão ou o pé para obter uma resposta se nenhuma for observada.	Movimento antigravidade de quadril (consegue retirar os pés e joelhos fora da superfície).	4	D: E:
			Adução de quadril antigravidade/rotação interna (joelhos fora da superfície).	3	
			Movimento de joelho ativo com gravidade eliminada (extensão e flexão em abdução e rotação externa).	2	
			Movimento isolado de tornozelo.	1	
			Sem movimento dos membros.	0	

3 - Avalia a "pega" da mão (firmeza da mão para agarrar)	Supino (deitado de barriga para cima) com o braço e o antebraço na superfície do tapete de teste e o punho estendido	O examinador deve colocar o seu dedo (ou um brinquedo ou objeto do mesmo diâmetro, como uma caneta mais grossa) na palma da mão da criança até que uma resposta de preensão seja segura, depois levantar (puxar) lentamente o braço e a mão da criança, criando tração no braço a 90° da superfície de apoio, continuar a puxar até o ombro sair da superfície. Observar quando a criança perde a aderência ("pega") e marcar a pontuação neste momento.	Mantém mão fechada/firme com ombros fora da superfície	4	D: E:
			Mantém a aderência da mão (agarrada) com cotovelo fora da superfície, mas o ombro na superfície	3	
			Mantém a aderência com antebraço fora da superfície, mas o cotovelo fica apoiado na superfície	2	
			Mantém aderência somente se não tem tração	1	
			Sem tentativa de manter a "pega" e o seu dedo ou objeto escorrega.	0	
4 - Avalia movimentação da cabeça	Supino (deitado de barriga para cima) com a cabeça na linha média.	Estimulação visual com um brinquedo ou objeto brilhante na linha média. Se a criança consegue segurara cabeça na linha média por mais de 5 segundos: coloque a cabeça lateralizada ao máximo para a direita e forneça estímulo visual para incentivar que a criança retorne a cabeça para a linha média, depois repita o movimento para a esquerda.	Consegue girar totalmente a cabeça da posição lateral para de volta para a linha média.	4	D: E:
			Retorna a cabeça de volta à linha média parcialmente.	3	
			Mantém a cabeça na linha média (ou até 15º desta) por 5 segundos ou mais.	2	
			Mantém a cabeça até 15º da linha média por menos de 5 segundos.	1	
			Cabeça cai para o lado. sem tentativa de segurar na linha média.	0	
5- Avalia adutores de quadril	Supino (deitado de barriga para cima) com os quadris a 45º e	O examinador deve posicionar as pernas em posição neutra com as coxas paralelas e soltar.	Mantém joelhos fora da superfície por mais de 5 segundos ou levanta os pés da superfície	4	D:

	os joelhos a 90°, sem fralda. Joelhos flexionados/dobrados e aduzidos. Pés separados na	Observar a resposta das pernas.	Mantém joelho fora da superfície de 1 a 5 segundos	2	E:
--	---	---------------------------------	--	---	----

	largura do quadril e coxas paralelas, joelhos levemente separados.		Sem tentativa de segurar joelhos fora da superfície	0	
6 - Avalia o rolamento provocado pelas pernas.	Supino (deitado de barriga para cima) com braços nas laterais.	1. Segurando a coxa da criança, flexione o quadril e joelho e aduza através da linha média, trazendo a pélvis para a vertical, mantenha a tração e pause nessa posição . 2. Se a criança rolar para o lado, aplique tração a 45° diagonal ao corpo e pause para permitir que a criança tente desvirar.	Quando a tração é aplicada no fim da manobra, criança rola para prono, alinhando a cabeça na lateral (“ <i>lateral head righting</i> ”).	4	Para a D: Para a E:
			Rola para o lado ficando no prono sem alinhar a cabeça na lateral (“ <i>lateral head righting</i> ”), Tira completamente o braço de suporte de peso para completar o rolamento.	3	
			Pelvis, tronco e braço saem da superfície de suporte, cabeça vira e rola para o lado, braços passam para frente do corpo.	2	
			Pelvis e tronco levantam da superfície de suporte e cabeça vira para o lado. Braço permanece atrás do tronco.	1	
			Pelvis levantada passivamente da superfície de suporte.	0	
7 - Avalia o rolamento provocado pelos braços.	Supino (deitado de barriga para cima) com braços ao lado. Mantenha o lado testado para	1. Segure a criança pelo cotovelo e mova através da linha média na direção do ombro oposto, mantenha a tração no membro e	Rola para prono e endireita a cabeça lateralmente (a criança levanta a cabeça lateralmente da superfície de suporte para completar o rolamento).	4	

	cima e execute o rolamento a partir do lado testado.	pause com o ombro na vertical , possibilitando à criança girar/rolar (espere que o tronco gire e os membros inferiores e os quadris cheguem à linha lateral). Não puxe passivamente a criança para a posição prono. 2. Se a pélvis atingir a vertical, continue a dar tração no	Rola para prono sem endireitar a cabeça lateralmente. Tira completamente o braço de suporte de peso para completar o rolamento.	3	Para a D: Para a E:
			Rola para o lado, perna atravessa e aduz, trazendo a pélvis para a vertical.	2	

		braço e observe o controle da cabeça e a capacidade de liberar o braço e completar o rolamento em decúbito ventral.	Cabeça vira para o lado e ombro e tronco saem da superfície.	1	
			Cabeça vira para o lado, corpo permanece passivo ou ombro levanta passivamente, sem participação ativa.	0	
8 - Avalia a flexão do ombro e cotovelo e abdução horizontal.	Posição inicial deitado de lado com o braço de cima apoiado atrás do corpo a 30 graus de flexão do cotovelo e da extensão do ombro. Cotovelo fletido (para trás) e suportado pelo corpo.	Apresente um brinquedo no comprimento do braço, na altura do ombro superior, e solicite que a criança busque o objeto. Qualquer movimento espontâneo de membro superior deve ser pontuado, intenção não é necessária.	Tira o braço da superfície com movimento do braço contra a gravidade (criança demonstra abdução horizontal antigravidade).	4	D: E:
			Consegue flexionar o ombro a 45°, sem movimento do braço contra a gravidade.	3	
			Flexiona o cotovelo após o braço sair do corpo.	2	
			Consegue tirar o braço do corpo.	1	
			Sem tentativa (o braço permanece no tronco do bebê).	0	
9 - Avalia flexão de cotovelo e ombro.	Sentado no colo do avaliador ou dos pais com suporte de tronco e cabeça (pode ficar 20° reclinado para trás, se esta posição oferecer mais conforto à criança) e com os braços soltos	Apresente estímulo na posição média e no nível do ombro no comprimento dos braços para que a criança tente alcançar.	Consegue alcançar o brinquedo.	4	D: E:
			Abduz ou flexiona ombro para até 60°.	3	
			Qualquer flexão ou abdução de ombro.	2	
			Flexiona cotovelo somente.	1	

	balançando nas laterais.		Não consegue levantar o braço.	0	
10 - Avalia extensão de joelho.	Sentado no colo sobre uma perna do pai/mãe ou do examinador com suporte de tronco e cabeça (pode estar 20° reclinado). Coxa na posição horizontal.	O examinador deve fazer cócegas na superfície plantar do pé ou beliscar delicadamente o dedo do pé da criança.	Estende joelho mais que 45°.	4	D:
			Estende joelho entre 15° e 45°.	2	
			Qualquer extensão visível de joelho.	1	E:
			Nenhuma extensão visível	0	

			de joelho.		
11 - Avalia flexão de quadril e dorsiflexão de pés	Segurando a criança pelo abdômen contra o corpo do avaliador, com as costas da criança apoiadas contra o peito do avaliador e com as pernas livres (penduradas sem suporte) e olhando para frente. Dê suporte no abdômen da criança, cabeça descansando.	O examinador deve acariciar a superfície plantar do pé.	Flexão de quadril ou joelho maior que 30°.	4	D:
			Qualquer flexão de quadril ou joelho.	3	
			Dorsiflexão de tornozelo somente.	2	E:
			Nenhum movimento ativo de quadril, joelho ou tornozelo.	0	
12 - Avalia controle de cabeça.	Sentado com o examinador apoiando suas duas mãos nos ombros da criança, e tronco ereto. Tente posicionar o bebê com a cabeça ereta.	Se a criança não puder ser posicionada com a cabeça ereta, deixe a cabeça cair para a frente e dê suporte ao queixo com os seus polegares para manter o queixo fora do peito.	Atinge a posição ereta da cabeça pelo menos uma vez a partir da flexão e move a cabeça livremente com controle.	4	
			Mantém cabeça para frente por mais de 15 segundos .	3	
			Mantém a cabeça na linha média por mais de 5 segundos.	2	
			Levanta ativamente ou gira a cabeça duas vezes a partir da flexão dentro do intervalo de 15 segundos.	1	

			Sem resposta, cabeça pendurada.	0	
13 - Avalia flexão de cotovelo	Supino (deitado de barriga para cima)	Resposta à tração: puxe os braços da criança estendidos para sentar, ângulo 45°, até que os ombros estejam levantado da superfície, ao ponto de quase levantar a cabeça da criança da superfície.	Flexiona o cotovelo.	4	D: E:
			Contração de bíceps visível sem flexão de cotovelo.	2	
			Nenhuma contração visível.	0	
14 - Avalia flexão de	Supino (deitado de barriga para cima).	Resposta à tração: puxe os braços da criança estendidos para sentar,	Levanta a cabeça da superfície.	4	

pesçoço		ângulo 45°, até que os ombros estejam levantado da superfície, ao ponto de quase levantar a cabeça da criança da superfície.	Visível contração muscular do SCM.	2	
			Sem contração muscular.	0	
15 - Avalia extensão de cabeça e pesçoço (reflexo de Landau)	Suspensão ventral (suspendido de bruços): prono, segurado por uma mão sobre o abdomen/caixa torácica inferior. No caso de crianças maiores, cabeça e joelhos podem apoiar/descansar no tapete.	O examinador deve acariciar os músculos paraespinhais bilateralmente ao longo da coluna, do pesçoço ao sacro.	Consegue estender a cabeça até o plano horizontal ou acima.	4	
			Consegue estender a cabeça parcialmente, mas não até o plano horizontal.	2	
			Nenhuma extensão ativa da cabeça é observada.	0	
16 - Avalia curvatura da coluna vertebral (reflexo de Galant).	Prono sobre o examinador (este com a mão apoiada no abdômen/tórax inferior da criança). Para crianças maiores,	O examinador deve estimular os músculos paraespinhais da direita e da esquerda com os polegares, do sacro ao nível médio torácico (reflexo de Galant). Para as crianças mais velhas,	Torce a pelve em direção ao estímulo fora do eixo.	4	D: E:
			Contração do músculo paraespinhal visível.	2	



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



	se necessário, a cabeça e os joelhos podem apoiar/descansar no tapete.	incline-as para facilitar a reação correta e peça que mexam as nádegas.	Nenhuma observada.	resposta	0	
Pontuação total, melhor pontuação de cada lado para cada item (máximo de 64 pontos)						

* Este documento é uma tradução livre da Escala CHOP-INTEND. Não é validada nem substitui a versão original, em inglês, disponível no endereço eletrônico: <http://columbiasma.org/docs/cme-2010/CHOP-INTEND-for-SMAType-I-Manual-of-Procedures.pdf>.

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data __/__/__



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



Avaliação Neurológica Infantil Hammersmith - Escala HINE-2

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 03 - 18/01/2022

Nome do (a) paciente: _____

Data da avaliação: __. **Idade:** _____.

Critério					
Controle de cabeça	Capaz de manter a cabeça em pé (normal até 3 meses)	Balança (normal até 4 meses)	Mantem em pé o tempo todo (normal até 5 meses)		
Sentar	Não consegue sentar	Senta com suporte no quadril (normal até 4 meses)	Senta se projetando pra frente (normal até 6 meses)	Senta estavel (normal até 7-8 meses)	Gira (normal até 9 meses)
Aperto voluntário (direita e esquerda)	Não aperta	Usa toda a mão	Indicador e polegar, mas aperto imaturo	Aperto de pinça	
Habilidade de chutar	Não chuta	Chuta horizontalmente, mas pernas não levantam	Para cima (vertical) (normal até 3 meses)	Toca perna (normal até 4-5 meses)	Toca os dedos (normal até 5-6 meses)
Rolar	Não rola	Rola de lado (normal até 4 meses)	Propenso a supinar (normal até 6 meses)	Supino propenso (normal até 6 meses)	
Rastejar	Não levanta a cabeça	De cotovelo (normal até 3 meses)	Com a mão estendida (normal até 4 meses)	Com o abdômem reto (normal até 8 meses)	Com mãos e joelhos (normal até 10 meses)
De pé	Não suporta o peso	Suporta peso (normal até 4 meses)	Em pé com suporte (normal até 7 meses)	Em pé sem ajuda (normal até 12 meses)	
Andar		Desequilibrado (normal até 4 meses)	Anda se segurando (normal até 12 meses)	Anda sozinho (normal até 15 meses)	
pontuação	0	1	2	3	4

* Este documento é uma tradução livre da Escala CHOP-INTEND. Não é validada nem substitui a versão original, em inglês, disponível no endereço eletrônico: http://columbiasma.org/docs/HFMSE_2019_Manual.pdf

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data __/__/__

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 _____

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 _____ **AUTORIZO**
Nº CNS
_____, 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