



GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO DOENÇA DE ALZHEIMER

PCDT / CID 10: G 30.0 / G 30.1 / G 30.8 / F 00.0 / F 00.1 / F 00.2

1. Medicamentos

| | |
|--|--|
| Donepezila 5 e 10 mg, comprimido; Galantamina 8, 16 e 24 mg, cápsula; Rivastigmina 1,5, 3, 4,5 e 6 mg, cápsula; Rivastigmina 2,0 mg/ml, solução oral; | Rivastigmina 9 mg Adesivo, Transdérmico ; Rivastigmina 18 mg Adesivo, Transdérmico; Memantina 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 6 (seis) meses de tratamento;
- Relatório Médico**, escrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico. Informar escolaridade do paciente no Mini-Exame do estado mental.
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

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.

2.3. Exames

Solicitação inicial

Para Todos

- Avaliação Mini exame do Estado Mental MEEM);
- Escala Clinical Dementia Ratis (CDR);
- Hemograma com plaquetas;
- Dosagem do hormônio da Tireóide – TSH;
- Tomografia ou ressonância nuclear magnética de crânio, para excluir múltiplas isquemias, hemorragia ou tumores;
- Dosagem de Creatinina Sérica;
- Sódio sérico;
- Potássio Sérico;
- Glicemia de jejum;
- Uréia;
- Vitamina B12;
- Ácido fólico (folato);
- Cálcio sérico;
- AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);
- ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);
- Sorologia sérica para sífilis (VDRL);
- Sorologia HIV (em pacientes com menos de 60 anos);
- Beta HCG (pacientes do sexo feminino até 55 anos, com validade inferior a 15 dias);

Renovação a cada 6 (seis) meses

Para Todos:

- Avaliação Mini exame do Estado Mental MEEM);
 - Escala Clinical Dementia Ratis (CDR);
 - Beta HCG (pacientes do sexo feminino até 55 anos, com validade inferior a 15 dias) (apresentar mensalmente).
- Para Galantamina, também:**
- Creatinina;
 - AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);
 - ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);

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 exame Beta HCG, para pacientes do sexo feminino até 55 anos, deverá ser apresentado mensalmente (com validade inferior a 15 dias);
- O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia;
- 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.



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



- 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. 13, de 28 de Novembro de 2017, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença de Alzheimer;
- O CEAF não abre para atendimento ao público no último dia útil do mês, fechado para balanço.

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

DONEPEZILA, GALANTAMINA, RIVASTIGMINA E MEMANTINA

Eu, _____ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **donepezila, galantamina, rivastigmina e memantina**, indicadas para o tratamento da **Doença de Alzheimer**.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo (a) médico (a)

_____ (nome do (a) médico (a) que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- redução na velocidade de progressão da doença e
- melhora da memória e da atenção.

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

- não se sabe ainda ao certo os riscos do uso desses medicamentos na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- efeitos adversos da donepezila mais comuns: insônia, náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, dispepsia, câibras musculares, cansaço; menos comuns: dor de cabeça, sonolência, tontura, depressão, perda de peso, sonhos anormais, aumento da frequência urinária, desmaios, bradicardia, artrite e manchas roxas na pele;
- efeitos adversos da galantamina mais comuns: náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, perda de peso, dor abdominal, dispepsia, gases, tontura, dor de cabeça, depressão, cansaço, insônia e sonolência; menos comuns: infecção do trato urinário (com sangue na urina), incontinência urinária, anemia, tremor, rinite e problemas hepáticos;
- efeitos adversos da rivastigmina mais comuns: tontura, dor de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, cansaço, insônia, confusão mental e dor abdominal; menos comuns; depressão, ansiedade, sonolência, alucinações, desmaios, hipertensão, dispepsia, prisão de ventre, gases, perda de peso, infecção do trato urinário, fraqueza, tremor, angina, úlcera gástrica ou duodenal e erupções cutâneas; os adesivos transdérmicos também podem causar reações na pele no local da aplicação como vermelhidão, coceira, irritação e inchaço no local da aplicação;
- efeitos adversos da memantina mais comuns: cefaleia, cansaço, tontura; os menos frequentes incluem alucinações, alterações de marcha, perda de peso, ansiedade, dor nas articulações, problemas nas vias aéreas, cistite, prisão de ventre, diarreia, confusão, dor lombar, inchaço, aumento da pressão arterial, hipertonía, insônia, aumento da libido, náusea, queda, sonolência e vômitos.
- contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida aos fármacos;
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

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 fazer em uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() sim () não

O meu tratamento constará do (s) seguinte (s) medicamento(s):

() Donepezila () Galantamina () Rivastigmina () Memantina

| | | |
|---|-------|---------------|
| 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.



RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença de Alzheimer

Paciente: _____
DN: ___/___/___ **Tempo de diagnóstico:** _____
CNS: _____ **Peso:** _____ **Altura:** _____
Sexo: () F () M **Escolaridade:** _____

O paciente possui presença de síndrome demência? () Sim () Não
O paciente apresenta déficits em 2 ou mais áreas da cognição? () Sim () Não
Idade do início dos sintomas: _____
Resultado do exame Mini Exame do Estado Mental (MEEM): _____ Data do exame: ___/___/___
Resultado do exame Escala Clínica de Avaliação de Demência (CDR): _____ Data do exame: ___/___/___
O paciente sofreu alguma lesão cerebral? () Sim () Não
Se sim, Qual? _____
O Paciente tem histórico de AVC? () Sim () Não
O paciente consegue deglutir? () Sim () Não
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 possui alguma dificuldade de adesão ao tratamento? () Sim () Não
Se sim, Qual? _____
O paciente já fez uso de medicamentos para tratar esta condição clínica? () Sim () Não
Se sim, Qual? _____
Por quanto tempo: _____
O paciente faz uso de outros medicamentos?
Se sim, Qual? _____

Outros dados clínicos relevantes:

- () Insuficiência cardíaca ou arritmia cardíaca graves;
- () Insuficiência renal grave;
- () Insuficiência hepática grave;

Outros dados clínicos a considerar:



O diagnóstico de entrada é compatível com Doença de Alzheimer. CID 10: _____
necessitando dar início ou manter o tratamento preventivo iniciado nessa Unidade, segundo o
Protocolo Padronizado de Doença de Alzheimer, necessitando fazer uso de
_____ (Frequência ao dia (s) ou na semana (s)).

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data ___/___/___

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Paciente: _____
Escolaridade (número de anos completos de escolaridade formal): _____ **Data da Avaliação:** __/__/____

| | |
|---|--|
| ORIENTAÇÃO TEMPORAL | |
| Dia da semana (0 - 1 ponto) | |
| Data do mês (0 - 1 ponto) | |
| Mês (0 - 1 ponto) | |
| Ano (0 - 1 ponto) | |
| Hora – aproximação de 1 hora (0 - 1 ponto) | |
| ORIENTAÇÃO ESPACIAL | |
| Local específico - sala da avaliação (0 - 1 ponto) | |
| Instituição (residência, hospital, clínica) (0 - 1 ponto)) | |
| Bairro ou rua próxima (0 - 1 ponto) | |
| Cidade (0 - 1 ponto) | |
| Estado (0 - 1 ponto) | |
| MEMÓRIA IMEDIATA | |
| Fale 3 palavras não relacionadas. Manga – Cadeira – Sapato. Posterior ao item cálculo, pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta (0 - 3 pontos). | |
| ATENÇÃO E CÁLCULO | |
| Subtrair 100 – 7: 5 tentativas: 93- 86- 79 -72 – 65 (1 ponto para cada item correto) | |
| (Escolaridade até 4 anos) | |
| Subtrair 25 – 1: 5 tentativas: 25 - 24 – 23 – 22 – 21(1 ponto para cada subgrupo correto). | |
| EVOCAÇÃO | |
| Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente(1 ponto por palavra evocada: 0-3 pontos). | |
| LINGUAGEM | |
| Nomeação: Nomear um relógio e uma caneta (0 - 2 pontos) | |
| Repetição: Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (0 - 1 ponto) | |
| Compreensão: (falar a frase de forma inteira apenas 1 vez): "Pegue este papel com a mão direita. Dobre ao meio e coloque no chão (0 - 3 pontos) | |
| Leitura: Ler em silêncio e obedecer a ordem de: "feche os olhos" (0 - 1 ponto) | |
| Leitura: Ler em silêncio e obedecer a ordem de: "feche os olhos" (0 - 1 ponto) | |
| Escrita: Escrever uma frase que tenha começo, meio e fim (0 - 1 ponto) | |
| Copiar um desenho (0 - 1 ponto) Pentágonos ou triângulo (Escolaridade até 4 anos) | |
|   | |

ESCORE MEEM: (_____ / 30

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 CLÍNICA DA DEMÊNCIA - ESCALA CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)

Paciente: _____

Escolaridade (número de anos completos de escolaridade formal): _____ Data da Avaliação: ___/___/___

| | Saudável CDR 0 | Demência questionável CDR 0,5 | Demência leve CDR 1 | Demência moderada CRD 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 muito 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: _____

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