

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 10/06/2022)

PCDT: DOENÇA DE PARKINSON
CID 10: G20

1. Medicamentos

Amantadina 100 mg (por comprimido) Bromocriptina 2,5 mg (por comp. ou cápsula de liberação retardada) Clozapina 25mg (por comprimido) Clozapina 100mg (por comprimido) Entacapona 200 mg (por comprimido)	Pramipexol 0,125 mg (por comprimido) Pramipexol 0,25 mg (por comprimido) Pramipexol 1 mg (por comprimido) Rasagilina 1 mg (por comprimido) Selegilina 5 mg (por comprimido) Selegilina 10 mg (por comprimido) Triexifenidil 5 mg (por comprimido)
---	---

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)

2.1 Documentos pessoais;

- ✓ Carteira de Identidade – RG
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS
- ✓ Comprovante de Residência com CEP
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

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 de Controle Especial**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo médico**, descrição clínica e detalhada dos sinais e sintomas
- () **Anexo**: laudo detalhado dos sinais e sintomas realizado em serviço especializado em neurologia ou geriatria;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **Receita de Controle Especial**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo médico**, descrição clínica e detalhada dos sinais e sintomas

2.3 Exames Obrigatórios;

SOLICITAÇÃO INICIAL	RENOVAÇÃO
PARA CLOZAPINA: () Hemograma completo com plaquetas	PARA CLOZAPINA: () Hemograma completo com plaquetas

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Neurologia e Geriatria**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

WWW.PARAIBA.PB.GOV.BR

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CEDMEX - Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais

TELEFONE: 3218-5900 / 3214-2627

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto, receita médica atualizada, Cartão Nacional do SUS e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
2. 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;
3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e SAS/MS nº. 10, de 31/10/2017 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Doença de Parkinson**

SE POR ALGUM MOTIVO, NÃO USAR O MEDICAMENTO,

DEVOLVA-O À FARMÁCIA DO SUS



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

WWW.PARAIBA.PB.GOV.BR

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CEDMEX - Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais

TELEFONE: 3218-5900 / 3214-2627

PCDT: DOENÇA DE PARKINSON

CID 10: G20

ANEXO: LAUDO MÉDICO DETALHADO

PACIENTE: _____

Apresenta sintomas da doença desde _____

Assinalar com um X os sintomas apresentados:

	RIGIDEZ MUSCULAR
	INÍCIO UNILATERAL
	INSTABILIDADE POSTURAL NÃO CAUSADA POR DISTÚRBIOS VISUAIS, VESTIBULARES CEREBELARES OU PROPRIOCEPTIVOS
	LENTIDÃO DOS MOVIMENTOS (BRADICINESIA)
	PRESENÇA DE TREMOS E REPOUSO
	DOENÇA PROGRESSIVA
	TREMOR DE REPOUSO 4-6 HZ AVALIADO CLINICAMENTE
	PERSISTÊNCIA DE ASSIMETRIA DOS SINTOMAS
	EVOLUÇÃO CLÍNICA DE 10 ANOS OU MAIS
	BOA RESPOSTA A LEVODOPA
	DISCINESIA INDUZIDA PELA LEVODOPA
	RESPOSTA POSITIVA A LEVODOPA POR 5 ANOS OU MAIS
	PACIENTE ATENDIDO EM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM NEUROLOGIA OU GERIATRIA

Carimbo e assinatura do médico

_____/_____/_____
Data