

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(Última revisão: 21/06/2023)**PCDT:** Atrofia Muscular Espinhal 5Q Tipos I e II (AME)**CID 10:** G12.0; G 12.1**1. Medicamento**

Nusinersena 2,4 mg/ml sol injetável 5ml Risdiplam 0,75 mg/ml pó para solução 80ml
--

**2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)****2.1 Documentos pessoais:**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Carteira de Identidade – RG</li><li>✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF</li><li>✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS</li><li>✓ Comprovante de Residência com CEP</li><li>✓ Declaração Autorizadora fornecida pela direção hospitalar de um <b>farmacêutico habilitado</b> a retirar o medicamento no serviço).</li></ul> |
|--|

**2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico:****SOLICITAÇÃO INICIAL**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>( ) <b>LME</b> -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</li><li>( ) <b>Prescrição médica</b> devidamente preenchida;</li><li>( ) <b>Descrição clínica</b> detalhada dos sinais, sintomas e tratamento;</li><li>( ) <b>Questionário</b> para avaliação clínica de pacientes com AME 5Q tipo I ou tipo II em uso de Nusinersena;</li><li>( ) <b>Situação vacinal</b> de acordo com o calendário vacinal vigente no SUS;</li><li>( ) <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</b></li><li>( ) <b>Escalas CHOP-INTEND ou HFMSE</b></li></ul> |
|--|

**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>( ) <b>LME</b> -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</li><li>( ) <b>Notificação de Receita</b>, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</li><li>( ) <b>Descrição clínica</b> detalhada dos sinais, sintomas e tratamento;</li><li>( ) <b>Situação vacinal</b> de acordo com o calendário vacinal vigente no SUS;</li><li>( ) <b>Questionário</b> para avaliação clínica de pacientes com AME 5Q tipo I ou tipo II em uso de Nusinersena;</li><li>( ) <b>Escalas CHOP-INTEND ou HFMSE</b></li></ul> |
|--|

**2.3 Exames Obrigatórios:****SOLICITAÇÃO INICIAL**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>( ) Cópia do exame genético confirmatório (qPCR ou MLPA): teste de variação de número de cópias SMN1 e SMN 2</li></ul> |
|--|

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.
--



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
**TELEFONE: (83) 99114-0673**

### **3. Serviços de Referência**

Centros de referência especializado em AME **com acompanhamento médico em pediatria (com neurologia), genética médica ou neurologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### **4. Para receber os medicamentos**

**Farmacêutico hospitalar** deve comparecer ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) e Cartão de Controle do Usuário.

### **5. Observações:**

- 5.1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
- 5.2. Os documentos devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
- 5.3. Se por algum motivo não usar o medicamento, devolva ao CEDMEX.
- 5.4. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta nº. 6, de 12 de maio de 2023 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Atrofia Muscular Espinhal 5q tipos 1 e 2**.

Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**