

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(última atualização: 26/06/2023)**PCDT: ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA**  
**CID 10: G12.2****1. Medicamento**

Riluzol 50 mg, 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;
- (  ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- (  ) **Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e progressão da doença descrito por médico especialista em Neurologia;**
- (  ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- (  ) LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- (  ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- (  ) **Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e progressão da doença descrito por médico especialista em Neurologia;**

**2.3 Exames Obrigatórios;****SOLICITAÇÃO INICIAL**

OBRIGATORIOS	FACULTATIVOS
( <input type="checkbox"/> ) Cópia do exame de dosagem de Creatinina Sérica;	( <input type="checkbox"/> ) Laudo de Ressonância Magnética de encéfalo e junção craniocervical;
( <input type="checkbox"/> ) Cópia do exame de dosagem de Ureia Sérica;	( <input type="checkbox"/> ) Laudo de Eletoneuromiografia;
( <input type="checkbox"/> ) Cópia do exame de dosagem de ALT(TGP);	Os exames <b>FACULTATIVOS</b> poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.
( <input type="checkbox"/> ) Cópia do exame de dosagem de AST(TGO);	
( <input type="checkbox"/> ) Cópia do exame de dosagem de Tempo de Protrombina (TP);	
( <input type="checkbox"/> ) Cópia do exame de Hemograma completo;	
( <input type="checkbox"/> ) Cópia do exame de dosagem de B-HCG Sérico para mulheres em idade fértil.	
O resultado de exames garante uma correta avaliação de como o medicamento está agindo 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

#### RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- ( ) Cópia do exame de dosagem de ALT(TGP);
- ( ) Cópia do exame de dosagem de AST(TGO);
- ( ) Cópia do exame de Hemograma completo;

#### 3. Serviços de Referência

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

#### 4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde 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 Portaria Conjunta nº. 13, de 13 de agosto de 2020 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de **Esclerose Lateral Amiotrófica**.

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