

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 05/05/2025)

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">✓ Carteira de Identidade – RG✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS✓ Comprovante de Residência com CEP✓ Declaração Autorizadora fornecida pela direção hospitalar de um farmacêutico habilitado a retirar o medicamento no serviço). |
|--|

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico:

SOLICITAÇÃO INICIAL

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

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

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

2.3 Exames Obrigatórios:

SOLICITAÇÃO INICIAL

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

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.
--

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 serviço 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 serviço.
- 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.

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à Farmácia Especializada da Paraíba.