



**TERMO DE CIÊNCIA PARA USO DO NUSINERSENA NO TRATAMENTO DE
ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL 5q TIPOS I E II**

Eu _____
responsável pelo paciente _____,
portador do CNS _____ informo estar ciente que de acordo
com a Portaria Conjunta nº 3, de 18 de janeiro de 2022, o **Nusinersena (2,4 mg/ml sol
injetável)** “é um medicamento sintético indicado para uso intratecal e que deve ser
administrado por médico experiente (pediatra, neurologista ou geneticista), utilizando
técnicas seguras e assépticas durante a sua preparação e administração. (...) A dispensação e
administração intratecal do Nusinersena ocorrerão exclusivamente nos Centros de
Referência, não sendo fornecido o medicamento diretamente para o paciente ou seu parente
ou representante legal”.

_____, ____/____/____
Local **Data**

Paciente ou representante legal