

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO ESCLEROSE MÚLTIPLA

GLATIRAMER, BETAINTERFERONA, AZATIOPRINA, TERIFLUNOMIDA, FUMARATO DIMETILA, FINGOLIMODE, NATALIZUMABE, CLADRIBINA E ALENTUZUMABE
G35

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **neurologista**, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).
2. **RECEITA MÉDICA**, contendo o nome do medicamento (DCB = nome genérico), apresentação, dosagem, posologia e data, prescrita por neurologista.
3. **CÓPIA DE EXAMES** complementares recentes que confirmem o diagnóstico:

PARA TODOS OS MEDICAMENTOS:

- ✓ Via **original** da **Escala EDSS** preenchida pelo médico prescritor.
- ✓ **Relatório médico** detalhado, realizado por neurologista com sinais e sintomas clínicos, especificando doenças graves concomitantes e tratamentos anteriores;
- ✓ Ressonância magnética nuclear do encéfalo;
- ✓ Hemograma completo, ALT, AST, Bilirrubinas totais e frações;
- ✓ Bhcg para mulheres < 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura);
- ✓ Anti HIV, Vitamina B12, VDRL, TSH, Urina tipo I;

PARA AZATIOPRINA, TERIFLUNOMIDA, FUMARATO DIMETILA, FINGOLIMODE, NATALIZUMABE, CLADRIBINA E ALENTUZUMABE:

- ✓ Avaliação de tuberculose Latente ou Ativa, realizada nos últimos 12 meses: PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA e Radiografia de Tórax;
- ✓ Cópia do exame de sorologia para hepatites B e C (HbsAg e HCV) - **SOMENTE PARA CLADRIBINA.**

PARA TERIFLUNOMIDA: Medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria SVS/GM nº 344/1998 – Lista C1). Necessidade de apresentar Receita de Controle Especial (branca) emitida pelo médico a cada dispensação.

PARA FINGOLIMODE: Relatório médico, contendo falha terapêutica ou resposta subótima ao Betainterferona, ou Glatirâmer ou Teriflunomida ou Fumarato de Dimetila.

PARA NATALIZUMABE: Relatório médico, contendo falha terapêutica ou contraindicação ao fingolimode e para indicação como primeira opção de tratamento para pacientes com EMRR em alta atividade (conforme algoritmo terapêutico medicamentoso da doença): necessária comprovação por meio de relatório médico ou exame de neuroimagem (ressonância magnética);

PARA CLADRIBINA: Relatório médico, contendo falha terapêutica ou contraindicação ao uso natalizumabe, cópia do exame para JCV (vírus John Cunningham);

PARA ALENTUZUMABE: Relatório médico, contendo falha terapêutica ou contraindicação ao uso da Cladribina oral.

4. **CÓPIA DE DOCUMENTOS** do paciente: **R.G, CPF e Cartão do SUS.**

Cópia dos documentos pessoais do responsável legal e curatela, caso o paciente seja incapaz ou menor.

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO ESCLEROSE MÚLTIPLA

GLATIRAMER, BETAINTERFERONA, AZATIOPRINA, TERIFLUNOMIDA, FUMARATO DIMETILA, FINGOLIMODE, NATALIZUMABE, CLADRIBINA E ALENTUZUMABE
G35

5. **CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente.
6. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** original, devidamente preenchido e assinado de acordo com o Protocolo Clínico do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.

- **LAUDO MÉDICO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS LME:**

Todos os campos deverão estar preenchidos.

Utilizar nome genérico do (s) medicamento(s)- não serão protocolados pedidos identificados pelo nome comercial.

Todas as solicitações de medicamentos deverão estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013 e suas atualizações.

Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas.