



# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO DOENÇA DE ALZHEIMER

DONEPEZILA, GALANTAMINA, RIVASTIGMINA e MEMANTINA

- Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada pelo médico **especialista** para a patologia em questão.  
Obs.: **TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS!**
- Receita Médica**, contendo o nome do medicamento (Denominação Comum Brasileira = nome genérico), sua apresentação, forma de administração, dosagem diária e data.
- Cópia** de exames complementares mais recentes que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico:
- Hemograma, glicose, uréia e creatinina
  - T.S.H., VDRL e vitamina B12
  - Sódio e potássio
  - Laudo da tomografia ou ressonância magnética
  - Para **GALANTAMINA**, além dos exames acima, providenciar: A.S.T. e A.L.T.
  - Mini-exame – Preenchido pelo médico
  - Escala CDR– Preenchida pelo médico
  - Descrição clínica dos sinais e sintomas e se o paciente possui outras doenças concomitantemente.
- Cópia dos Documentos Pessoais** do paciente: **R.G.** e **Cartão do SUS**. Cópia dos documentos pessoais do responsável pelo recebimento do medicamento, caso o paciente esteja impossibilitado de fazê-lo. **Cópia** do **R.G.** do **responsável** legal pelo paciente.
- Cópia do comprovante de residência** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente, semelhante ao endereço anotado no Laudo Médico ou uma Declaração de Residência.
- Via **original** do **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** e demais documentos exigidos pelos Protocolos Técnicos do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.

**PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GENÉRICO  
DO(S) MEDICAMENTO(S)**

**Qualquer solicitação de medicamentos deverá estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013, e suas atualizações futuras, não sendo aceito os pedidos identificados pelo nome comercial.**

**ATENÇÃO: Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas!**