

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL TIPOS 1 E 2

NUSINERSENA
G12.0, G12.1

☐ **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).

☐ **RECEITA MÉDICA**, contendo o nome do medicamento (DCB = nome genérico), apresentação, dosagem, posologia e data.

☐ **CÓPIA DE EXAMES** complementares recentes que confirmem o diagnóstico:

- **Laudo médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico.
- **Questionário** para avaliação clínica de pacientes com AME 5q tipos 1 e 2 devidamente preenchido.
- **Cópia** Situação vacinal (de acordo com o calendário vacinal vigente no SUS).
- **Avaliação motora**: Escalas HINE-2, CHOP-INTEND e HAMMERSMITH.
- **Exame genético confirmatório**: Análise quantitativa dos genes SMN1 e SMN2, usando MLPA (Multiplex ligation-dependent probe amplification) ou qPCR (quantitative polymerase chain reaction).
- Coagulograma completo, Função renal e Urina tipo I.
- Raio x Completo da coluna (PA e Perfil atualizado).

☐ **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.

☐ **CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente.

☐ **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.