

Superintendência de Relações Intersectoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Assistência Farmacêutica Especializada

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;

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

Superintendência de Relações Intersectoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Assistência Farmacêutica Especializada

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

ESCLEROSE MÚLTIPLA

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

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.