FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA

Portarias SAS/SCTIE/MS n° 1 – 07/01/2022

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

Declaro, para fins de solicitação de medicamentos que o(a) paciente _____ **NÃO** apresenta critérios de exclusão para solicitação do medicamento _____ e apresenta os seguintes critérios de inclusão, definidos pelo PCDT/ MS:

AVALIAÇÃO CLÍNICA

- Forma clínica de Esclerose Múltipla:

( ) Remitente-Recorrente (EM-RR);
( ) Secundariamente progressiva (EM-SP);
( ) Primariamente progressiva (EM-PP);
( ) Síndrome clinicamente isolada (Clinically Isolated Syndrome - CIS).

- Número de surtos apresentado pelo paciente antes do início do tratamento e suas manifestações clínicas:
_____
_____
_____
_____

- Valor do Escore na Escala Expandida do Estudo de Incapacidade (EDSS) atual: _____

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Os resultados dos exames de anti-HIV, VDRL e dosagem de vitamina B12 foram avaliados para excluir outras doenças de apresentação semelhante à EM?

SIM ( ) NÃO ( )

TRATAMENTO:

Informar se paciente é virgem de tratamento ou se já realizou algum tratamento anterior e quais os medicamentos utilizados:
_____
_____
_____
_____
_____

MUDANÇA DE TRATAMENTO:

- Justificar a mudança de tratamento do paciente:

( ) Intolerância ao medicamento. Tipo: _____
( ) Reações adversas não controláveis. Sintomas apresentados:_____
_____
( ) Falta de adesão ao tratamento. Motivo: _____
( ) Falha terapêutica - (definida pela incidência de um surto **E** evidência de no mínimo 4 novas lesões em T2 no período de 12 meses – **ANEXAR RM COMPROVANDO NOVAS LESÕES EM T2**).

PARA SOLICITAÇÃO DE FINGOLIMODE:

- Informar se paciente possui uso concomitante de betabloqueadores ou antiarrítmicos, ECG com intervalo de QTc acima de 470 ms em mulheres ou QTc acima de 450 ms em homens, pacientes com bloqueio átrio ventricular de segundo grau Mobitz tipo II ou maior, doença do nó sinusal ou bloqueio cardíaco sinoatrial, doença cardíaca isquêmica conhecida, histórico de infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, histórico de parada cardíaca, doença cerebrovascular, hipertensão não controlada ou apneia do sono grave não tratada.

( ) SIM ( ) NÃO

- Paciente apresenta diabete melito ou uveíte:

( ) SIM (**ANEXAR AVALIAÇÃO OFTÁLMICA ANTES NO INÍCIO DO TRATAMENTO**) ( ) NÃO

PARA SOLICITAÇÃO DE <u>NATALIZUMABE</u> E <u>ALENTUZUMABE</u> NA ESCLEROSE MÚLTIPLA DE ALTA ATIVIDADE

- Indicar a seguinte situação:

( ) **Paciente <u>não</u> tratado que apresentou**:
Aparecimento de dois ou mais surtos incapacitantes com resolução incompleta **E**
aparecimento de uma nova lesão captante no gadolínio ou aumento significativo da carga da lesão em T2 no ano anterior.

( ) **Paciente <u>tratado</u> que apresentou:**
Atividade da doença no ano anterior, durante a utilização adequada de pelo menos um MMCD, apresentou pelo menos um surto no último ano durante o tratamento **E**
evidência de pelo menos nove lesões hiper-intensas em T2 ou pelo menos uma nova lesão captante de gadolínio.

( ) Paciente apresentou falha terapêutica ao Natalizumabe.
( ) Paciente possui contraindicação presente em bula ao natalizumabe (**especificar a contraindicação**):
_____

_____ _____
Assinatura e carimbo do(a) médico(a)* Data*