



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO  
POR MEIO DO CEA/SC PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA DE PARKINSON  
Portaria Conjunta SAES/SECTICS Nº 16 – 01/08/2025**



Declaro para os devidos fins de solicitação de medicamento para o tratamento da Doença de Parkinson, que o(a) paciente \_\_\_\_\_  
**não apresenta nenhum critério de exclusão** e satisfaz os seguintes critérios de inclusão:

**1. Apresenta bradicinesia em combinação com tremor de repouso ou rigidez?** (preenchimento obrigatório)  
( ) Sim ( ) Não

**2. Apresenta critério de diagnóstico Provável ou Estabelecido? Qual?** (preenchimento obrigatório)

<p><b>( ) PROVÁVEL de Doença de Parkinson</b> Presença de <b>sinais de alerta (item 4)</b> contrabalanceado pela presença de <b>critérios de suporte (item 3)</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Para <b>UM</b> sinal de alerta deve haver pelo menos <b>UM</b> critério de suporte;</li><li>• Para <b>DOIS</b> sinais de alerta deve haver pelo menos <b>DOIS</b> critério de suporte.</li></ul>	<p><b>( ) ESTABELECIDO de Doença de Parkinson</b> Presença de pelo menos <b>DOIS</b> critérios de suporte (item 3) - Ausência de <b>sinais de alerta (item 4)</b></p>
---	---

**3. Quais os critérios de suporte o paciente apresenta?** (preenchimento obrigatório):

- ( ) Resposta dramática à terapia de dopaminérgica;  
( ) Presença de discinesias induzidas pela levodopa;  
( ) Tremor de repouso nos membros;  
( ) Presença de perda olfatória ou denervação simpática cardíaca por cintilografia.

**4. Quais os sinais de alerta que o paciente apresenta?** (preenchimento obrigatório)

- ( ) Rápida progressão do comprometimento da marcha, exigindo cadeira de rodas (5 anos após início);  
( ) Ausência completa de progressão de sintomas ou sinais motores ao longo de 5 ou mais anos, a menos que a relacionada ao tratamento;  
( ) Disfunção bulbar precoce;  
( ) Disfunção respiratória inspiratória ;  
( ) Insuficiência autonômica grave, nos primeiros anos da doença;  
( ) Quedas recorrentes (+ de 1/ano), dentro dos 3 anos do início;  
( ) Anterocolo desproporcional (distônico) ou contratura de mão/pé, nos primeiros 10 anos ;  
( ) Ausência de qualquer uma das características não motora comuns da doença (disfunção do sono, autonômica, hiposmia ou disfunção psiquiátrica);  
( ) Sinais do trato piramidal inexplicáveis;  
( ) Parkinsonismo simétrico bilateral.

**5. Para o uso de Entacapona** (preenchimento obrigatório)

Paciente faz uso concomitantemente de **Levodopa?**

( ) Sim ( ) Não

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data