



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO  
POR MEIO DO CEAf/SC PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA DE PARKINSON**  
**Portaria Conjunta SAES/SECTICS N° 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 critérios de suporte (item 3)</b> - 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