



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO  
POR MEIO DO CEAFF/SC PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA DE PARKINSON**  
PORTARIA SCTIE/MS Nº 10 - 31/10/2017



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:

**Critério obrigatório para diagnóstico de Doença de Parkinson:**

( ) Bradicinesia.

**E apresentar pelo menos mais um dos seguintes sintomas (assinalar 1 e/ou 2):**

1. ( ) Rigidez muscular;
2. ( ) Tremor de repouso (4-6 Hz) avaliado clinicamente;

**Critérios de suporte positivo para o diagnóstico de Doença de Parkinson: (pelo menos 3 critérios)**

1. ( ) Início unilateral;
2. ( ) Presença do tremor de repouso;
3. ( ) Doença progressiva;
4. ( ) Persistência da assimetria dos sintomas;
5. ( ) Boa resposta a levodopa;
6. ( ) Presença de discinesias induzidas por levodopa;
7. ( ) Resposta a levodopa por 5 anos ou mais;
8. ( ) Evolução clínica de 10 anos ou mais.

**Outras informações:**

- **Para Entacapona:** Paciente faz uso concomitantemente de **Levodopa?**

( ) Sim ( ) Não

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

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