



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde

## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

### LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

#### SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

##### CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1-Número do CNES*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante					
645		546					
3- Nome completo do Paciente*		5-Peso do paciente*				6-Altura do paciente*	
asdfsad		654 kg				654 cm	
4- Nome da Mãe do Paciente*		8- Quantidade solicitada*					
654							
7- Medicamento(s)*		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação p	30	30	30	30	30	30
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
G30.1		Doença de Alzheimer de Início Tardio					
11- Anamnese*							
asdfsad							
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*							
<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: sdfsdf							
13- Atestado de capacidade*							
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?							
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento							
Nome do responsável							
14- Nome do médico solicitante*							
Lucas Amorim Vieira de Barros							
17- Assinatura e carimbo do médico*							
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*							
980016293604585							
16- Data da solicitação*							
10/10/2020							
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input checked="" type="checkbox"/> Médico solicitante							
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: e CPF							
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*							
<input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela							
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia:							
<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação							
20- Telefone(s) para contato do paciente							
323232323							
323232							
21- Número do documento do paciente							
<input type="checkbox"/> CPF ou <input checked="" type="checkbox"/> CNS 333.774.158-40							
22- Correio eletrônico do paciente							
323@sdfklj.com							
23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*							

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

asdfasd  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 30  
asdfasd

10/10/2020

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465

654654

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

asdfasd  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 30  
asdfasd

10/10/2020

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465

654654

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

asdfasd  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 30  
asdfasd

09/11/2020

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654 65465  
65456-465 654654

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

asdfasd  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 30  
asdfasd

09/11/2020

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654 65465  
65456-465 654654

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

asdfasd  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 30  
asdfasd

09/12/2020

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654 65465  
65456-465 654654

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

asdfasd  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 30  
asdfasd

09/12/2020

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

654654, 6564  
(65) 4654.654 65465  
65456-465 654654

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

asdfasd  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 30  
asdfasd

08/01/2021

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor
Nome:		
Identidade:	Órgão Emissor:	
Endereço:		
Cidade:	UF:	
Telefone:		<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465

654654

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

asdfasd  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 30  
asdfasd

08/01/2021

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor
Nome:		
Identidade:	Órgão Emissor:	
Endereço:		
Cidade:	UF:	
Telefone:		<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465

654654

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

asdfasd  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 30  
asdfasd

07/02/2021

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465

654654

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

asdfasd  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 30  
asdfasd

07/02/2021

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465

654654

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

asdfasd  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 30  
asdfasd

09/03/2021

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
Endereço:			
Cidade:	UF:		
Telefone:		<u>Assinatura do Farmacêutico</u>	

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654 65465  
65456-465 654654

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

asdfasd  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 30  
asdfasd

09/03/2021

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
Endereço:			
Cidade:	UF:		
Telefone:		<u>Assinatura do Farmacêutico</u>	

654654, 6564  
(65) 4654.654 65465  
65456-465 654654

### 3MINI – EXAME DO ESTADO MENTAL

(Foistein, Foinsten & McHugh, 1975)

Paciente: asdfasd

Data da Avaliação: 10/10/2020

Avaliador: Lucas Amorim Vieira de Barros

#### ORIENTAÇÃO

Dia da semana (1 ponto)..... 1  
Dia do mês (1 ponto)..... 0  
Mês (1 ponto)..... 1  
Ano (1 ponto)..... 1  
Hora aproximada (1 ponto)..... 0  
Local específico (andar ou setor) (1 ponto)..... 1  
Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)..... 0  
Cidade (1 ponto)..... 1  
Estado (1 ponto)..... 1

#### MEMÓRIA IMEDIATA

Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta..... 1  
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá pergunta-la novamente.

#### ATENÇÃO E CÁLCULO

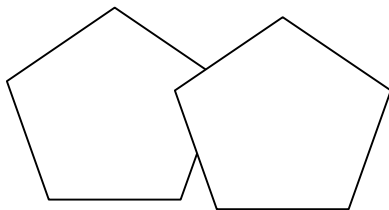
(100 – 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente  
(1 ponto para cada cálculo correto)..... 2  
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

#### EVOCAÇÃO

Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente  
(1 ponto por palavra)..... 0

#### LINGUAGEM

Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)..... 1  
Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)..... 1  
Comando: “pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão”  
(3 pontos)..... 1  
Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto)..... 1  
Escrever uma frase (1 ponto)..... 1  
Copiar um desenho (1 ponto)..... 1



**Total: 16 / 30**



## Avaliação Clínica da Demência ( Clinical dementia rating – CDR )

**Nome do paciente:** asdfasd

10/10/2020

	<b>Nenhuma 0</b>	<b>Questionável 0,5</b>	<b>Leve 1</b>	<b>Moderada 2</b>	<b>Grave 3</b>
Assuntos comunitários	Funcionalmente independente ao nível usual de trabalho, compras, atividades voluntárias e grupos sociais	Leve incapacidade nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades, ainda que possa se engajar em algumas. Parece normal quando casualmente inspecionado.	Sem pretensão de manter funções independentes fora do domicílio. Parece suficientemente bem para ser levado à atividades fora do domicílio familiar.	Parece muito doente para ser levado para fora do domicílio
Atividades domésticas e passatempos	Vida doméstica, passatempo e interesse intelectual, bem mantidos.	Vida doméstica, passatempo e interesse intelectual levemente comprometido.	Incapacidade leve, porém definitiva, para atividades do lar. Abandono de atividades mais difíceis, passatempos complicados. Outros interesses abandonados.	Somente as ações simples estão preservadas; interesse restrito.	Ausência de atividades significantes no domicílio.
Cuidado pessoal	Plenamente capaz de manter auto-cuidado		Necessita “incentivo”	Requer assistência no vestuário, higiene e manejo de itens pessoais.	Requer muita ajuda no cuidado pessoal; incontinência freqüente.
Julgamento e resolução de problema	Resolve problemas do dia-a-dia, incluindo atividades comerciais e financeiras; capacidade de julgamento adequado quando comparada ao desempenho anterior	Incapacidade leve, para resolver problemas; identificar similaridades e diferenças	Dificuldade moderada no manejo de problemas, identificação de similaridades e diferenças. Julgamento social usualmente preservado.	Enorme incapacidade para manejar problemas, similaridades e diferenças. Julgamento social comprometido.	Incapaz de fazer julgamentos ou resolver problemas.
Memória	Sem perda de memória; esquecimento inconstante	Esquecimento leve consistente, relembra parcialmente eventos. “Esquecimento benigno”	Perda moderada da memória, mais acentuada para eventos recentes. Interferência nas atividades da vida diária.	Perda grave da memória, com retenção apenas de dados fortemente consolidados, novos dados rapidamente perdidos	Grave perda da memória; apenas fragmentos permanecem.
Orientação	Orientação plena	Orientação plena, exceto dificuldade branda com datas.	Dificuldade moderada com datas, orientação quanto ao “espaço” onde se realiza exame; pode apresentar desorientação geográfica.	Dificuldade grave com datas, desorientação <u>usual</u> quanto ao tempo. <u>Permanece</u> quanto ao espaço.	Orientação apenas em relação em relação à pessoa.

Grau de acometimento: 1

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**DONEPEZILA, GALANTAMINA, RIVASTIGMINA E MEMANTINA**

Eu, asdfasd (nome do (a) paciente ou de seu responsável), declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **donepezila, galantamina, rivastigmina e memantina**, indicadas para o tratamento da **doença de Alzheimer**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico Lucas Amorim Vieira de Barros (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- redução na velocidade de progressão da doença e
- melhora da memória e da atenção.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- não se sabe ainda ao certo os riscos do uso desses medicamentos na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- efeitos adversos da **donepezila** mais comuns: insônia, náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, dispepsia, câibras musculares, cansaço; menos comuns: dor de cabeça, sonolência, tontura, depressão, perda de peso, sonhos anormais, aumento da frequência urinária, desmaios, bradicardia, artrite e manchas roxas na pele;
- efeitos adversos da **galantamina** mais comuns: náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, perda de peso, dor abdominal, dispepsia, gases, tontura, dor de cabeça, depressão, cansaço, insônia e sonolência; menos comuns: infecção do trato urinário (com sangue na urina), incontinência urinária, anemia, tremor, rinite e problemas hepáticos;
- efeitos adversos da **rivastigmina** mais comuns: tontura, dor de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, cansaço, insônia, confusão mental e dor abdominal; menos comuns: depressão, ansiedade, sonolência, alucinações, desmaios, hipertensão, dispepsia, prisão de ventre, gases, perda de peso, infecção do trato urinário, fraqueza, tremor, angina, úlcera gástrica ou duodenal e erupções cutâneas; os adesivos transdérmicos também podem causar reações na pele no local da aplicação como vermelhidão, coceira, irritação e inchaço no local da aplicação;
- efeitos adversos da **memantina** mais comuns: cefaleia, cansaço, tontura; os menos frequentes incluem alucinações, alterações de marcha, perda de peso, ansiedade, dor nas articulações, problemas nas vias aéreas, cistite, prisão de ventre, diarreia, confusão, dor lombar, inchaço, aumento da pressão arterial, hipertonia, insônia, aumento da libido, náusea, queda, sonolência e vômitos.
- contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida aos fármacos;
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive se desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer em uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) sim ( ) não

O meu tratamento constará do (s) seguinte (s) medicamento (s):

( ) donepezila

☒ galantamina

( ) rivastigmina

( ) memantina

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> Assinatura e carimbo do médico		
Data: _____		