

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMEN	NTO(S					
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MI	ÉDICO S	SOLICITA	ANTE			
1-Número do CNES* 2- Nome do estabelecimento de saúde so 546	licitante	-				
3- Nome completo do Paciente* Santos Dumont				5-Pes	o do pac 654	iente*
4- Nome da Mãe do Paciente*				6-Altu	ra do pa	kg <u>.cie</u> nte*
654654					654	cm
7- Medicamento(s)*	1º mês		ntidade 3º mês	solicita 4º mês		6º mês
1 nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável)	asdf	asdf	asdf	asdf	asdf	asdf
2						
3						
4						
5						
6						
G12.0 Atrofia muscular espinal infantil tipo I						
11- Anamnese*						$\overline{}$
asdf						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*						\longrightarrow
NÃO ☐ SIM. Relatar:						
13- Atestado de capacidade*						
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dis paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente				da prese	ença físic	a do
□NÃO ☑ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual		S	df			
poderá realizar a solicitação do medicamento	١	Nome do r	esponsá	vel		
Lucas Amorim Vieira de Barros		17- As	sinatura e	e carimbo	do médi	ico*
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*, 16- Data da solicitaç	- 11					
980016293604585 20/07/2029	5					
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ⊠Paciente ☐Mãe do paciente ☐R	esponsá	vel (descrit	o no item	13) 🔲 M	lédico so	licitante
Outro, informar nome:e 0	CPF					
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*	20-	Telefone	(s) para o	contato d	o pacient	ie
□ Branca □ Amarela □ Preta □ Indígena. Informar Etnia:	}					\longrightarrow
Parda Sem informação						
21- Número do documento do paciente	23-	Assinatura	do respor	nsável pelo	o preenchi	mento*
22- Correio eletrônico do paciente						

^{*} CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável)

asdf

asdf

20/07/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Endereço: Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
Identificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	

546

654654, 6564

(65) 4654.654 65465

65456-465

654654

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável)

asdf

asdf

asdf

asdf

20/07/2025

Telefone:	Endereço: Cidade:	Nome: Identidade:	
	UF:	Órgão Emissor:	Identificação do Comprador
Assinatura do Farmacêutico			Identificação do Fornecedor

546

654654, 6564

(65) 4654.654 65465

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável)

asdf

asdf

19/08/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
Identificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	Nome.

546

654654, 6564

(65) 4654.654 65465

65456-465

654654

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Endereço: 654654 Nome: Santos Dumont

asdf

nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável)

asdf

asdf

asdf

19/08/2025

Telefone:	Endereço: Cidade:	Nome: Identidade:	
	UF:	Órgão Emissor:	Identificação do Comprador
Assinatura do Farmacêutico			Identificação do Fornecedor

546

654654, 6564

(65) 4654.654 65465

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável)

asdf

asdf

18/09/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
Identificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	

546

654654, 6564

(65) 4654.654 65465

65456-465

654654

, 000

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

asdf nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável)

asdf

asdf

asdf

18/09/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
Identificação do Fornecedor	Identificação do Comprador	Nome:

654654, 6564

(65) 4654.654 65465

65456-465 654654

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável)

asdf

asdf

18/10/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Endereço: Cidade:
	Órgão Emissor:	Nome: Identidade:
Identificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	

546

654654, 6564

(65) 4654.654 65465

65456-465

654654

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável)

asdf

asdf

asdf

asdf

18/10/2025

Telefone:	Endereço: Cidade: UF:	Nome: Identidade: Órgão Emissor:	Identificação do Comprador
Assinatura do Farmacêutico			Identificação do Fornecedor

546

654654, 6564

(65) 4654.654 65465

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável)

asdf

asdf

17/11/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Endereço: Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
Identificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	

546

654654, 6564

(65) 4654.654 65465

65456-465

654654

1, 0001

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

asdf

nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável)

asdf

asdf

asdf

17/11/2025

Telefone:	Endereço: Cidade:	P.	Identificação do Comprado:
	UF:	Órgão Emissor:	этргадог
Assinatura do Farmacêutico			Identificação do Fornecedor

546

654654, 6564

(65) 4654.654 65465

65456-465 654654

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

asdf

asdf nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável)

17/12/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
ldentificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	

546

654654, 6564

(65) 4654.654 65465

65456-465

654654

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Endereço: 654654 Nome: Santos Dumont

asdf

nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável)

asdf

asdf

asdf

17/12/2025

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

654654, 6564

(65) 4654.654 65465



APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO - AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM AME 5Q TIPOS I E II

Nusinersena (O) Risdiplam (O)		
Função respiratória		
01 - Uso de ventilação mecânica nos três meses de acompanhamento		
(caso necessário pode ser assinalada mais de uma opção):		
(Não		
() Sim, <i>ventilação não invasiva</i> , por: 10.0 horas/dia, durante: 10.0 dias		
(P) Sim, <i>ventilação</i> <u>invasiva</u> , por: horas/dia, durante: dias		
Observações quanto ao uso de ventilação:		
02 - Saturação de O2: %		
<u>Cuidado nutricional</u>		
03 - Via de alimentação majoritária nos três meses de acompanhamento:		
(-) Oral		
() Nutrição enteral por tubo (nasoentérica, nasogástrica, entre outras ostomias)		
04 - Consistência da dieta majoritária nos três meses de acompanhamento:		
(P) Sólida	(Pastosa	
(C) Líquida		
Observações:		
Medidas antropométricas		
05 – Idade: meses	06 – Peso: 10.0 kg 08 – Estatura: 10.0 cm	
07 - Sexo: (Ο) M (Ρ) F	08 – Estatura: <u>10.0</u> cm	
09 - Perímetro cefálico: None cm	10 - Perímetro braquial: 10.0 cm	
11 - Perímetro torácico: None cm		
Estado nutricional		
12 - Escore Z (OMS): 10	13 - Peso por idade: 10 15 - Índice de Massa Corporal: 10.0	
14 - Altura por idade:	15 - Índice de Massa Corporal: 10.0	
Função motora ¹		
16 - Classificação da AME — (>) Tipo 1 (<) Tipo 2 (?) Tipo 3 ou 4		
17 - Resultado escala CHOP-INTEND: 10.0 pontos – Data da avaliação:/dsfadsf		
18 - Resultado escala HFMSE: 10.0 pontos – Data da avaliação:/ dsfadsf		
Relatório médico com descrição da situação motora do paciente e justificativa para escolha da escala que melhor se adequa à condição do paciente (utilize o verso caso necessário):		
Lucas Amorim Vieira de Barros		
Local e data 20/07/2025 Médico Responsável (CRM)		

Notas: (1) Escolha a escala que mais adequada a condição clinica do paciente;

Escala CHOP-INTEND: http://columbiasma.org/docs/cme-2010/CHOP%20INTEND%20for%20SMA%20Type%20I%20-%20Score%20Sheet.pdf
Escala HFMSE: http://columbiasma.org/docs/HFMSE 2019 Manual.pdf