

Formulário de Acesso aos Medicamentos para Tratamento da Doença de Parkinson

Nome do Paciente: _____	Data do atendimento: ____/____/____
Médico Responsável: _____	CRM: _____ UF: _____

De acordo com a PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 16, DE 1 DE AGOSTO DE 2025, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Parkinson:

Serão incluídos os pacientes que apresentarem lentidão dos movimentos (bradicinesia), um dos critérios do item I e pelo menos três critérios do item II de acordo com os critérios para o diagnóstico clínico da Doença de Parkinson segundo o Banco de Cérebros da Sociedade de Parkinson do Reino Unido:

I. O paciente apresenta qual ou quais Critérios para diagnóstico da Doença de Parkinson? Assinalar com um X.

- ☐ Bradicinesia (obrigatório)
- ☐ Rigidez muscular
- ☐ Tremor de repouso 4-6 Hz: avaliado clinicamente

II. Quais dos Critérios de suporte positivo para o diagnóstico de doença de Parkinson o paciente apresenta? (três ou mais são necessários para o diagnóstico):

- ☐ Início unilateral
- ☐ Presença do tremor de repouso
- ☐ Doença progressiva
- ☐ Persistência da assimetria dos sintomas
- ☐ Boa resposta a L-dopa
- ☐ Presença de discinesias induzidas pela L-dopa
- ☐ Resposta a L-dopa por 5 anos ou mais
- ☐ Evolução clínica de 10 anos ou mais

Paciente já faz uso de medicamento para Doença de Parkinson? Sim ☐ Não ☐

Quais? _____

Para Entacapona:

Paciente faz uso concomitantemente de Levodopa? ☐ Sim ☐ Não

Para Rasagilina:

Paciente apresenta alguma(s) das condições seguintes? Contraindicação de associação.

- () Diagnóstico de insuficiência hepática grave
- () Em uso de outro inibidor da MAO
- () Em uso de analgésicos narcóticos
- () Em uso de ciclobenzaprina
- () Paciente com diagnóstico de feocromocitoma
- () Em uso de fluoxetina ou fluvoxamina
- () Indicação de realização de procedimentos cirúrgicos nos próximos 15 dias.

Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.

Declaro que o (a) paciente não apresenta contraindicação para o uso do medicamento prescrito.

Assinatura e carimbo do médico

Observação: O preenchimento deste formulário poderá ser substituído por relatório médico constando as informações de critérios de inclusão exigidos pela PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 16, DE 1 DE AGOSTO DE 2025.