



## 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.