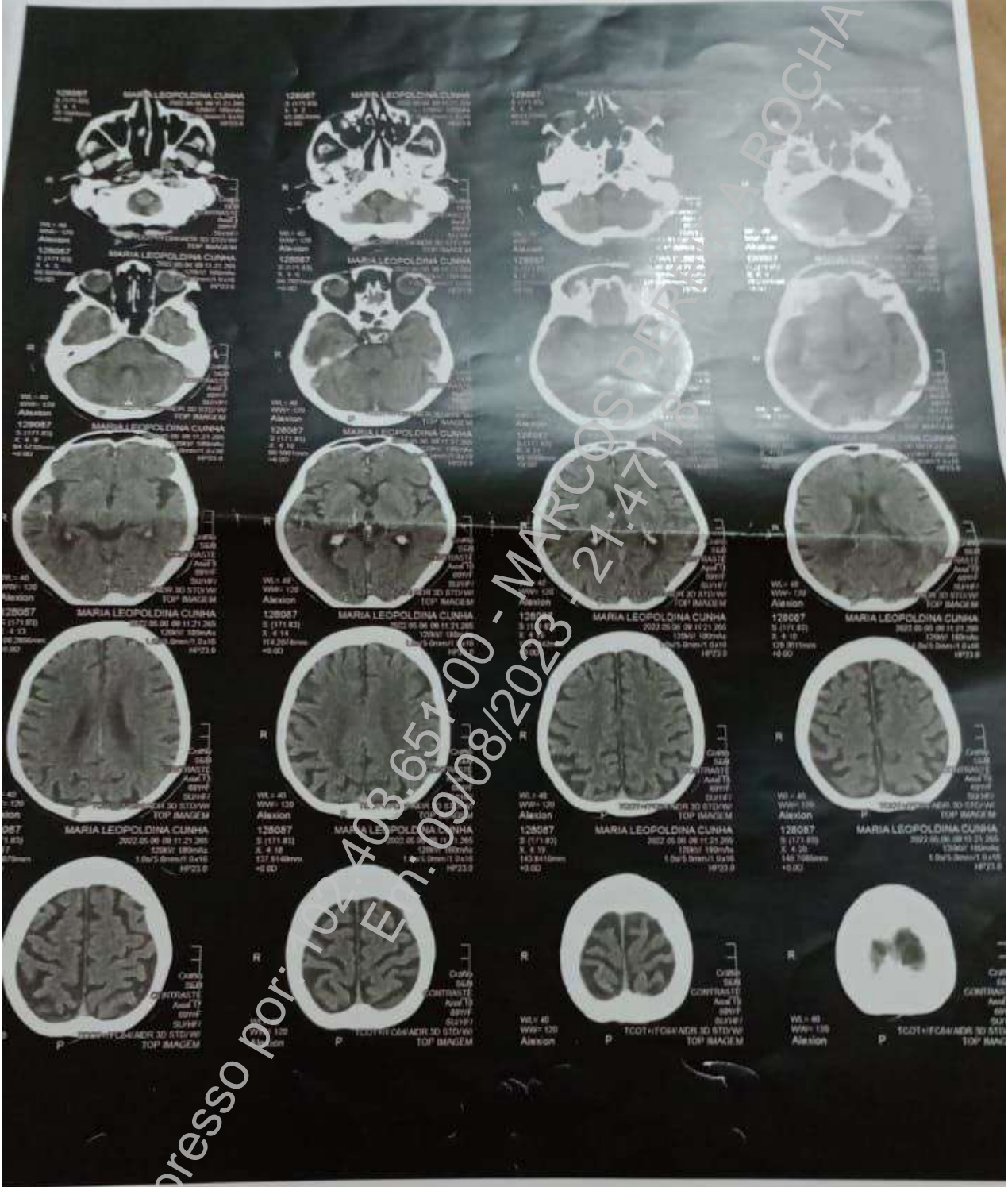


Impresso por: 102403661-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA  
Em: 09/08/2023 - 21:47:18





RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA DA FARMÁCIA

|                           |      |
|---------------------------|------|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE | UF:  |
| CRM:                      |      |
| END:                      | TEL: |
| CIDADE:                   |      |

PACIENTE

NOME: MARIA LEOPOLDINA CUNHA

USO ORAL:

1. GALANTAMINA 24 MG \_\_\_\_\_ 30 CPS  
TOMAR 1 CP POR DIA

|  |   |
|--|---|
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR                 | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR   |
| NOME:<br>END:<br>IDENT:<br>CIDADE:<br>TEL: | Fernando F. D. Ujhara<br>Médico Psiquiatra<br>CRM-SP 173.982<br>ASSINATURA DATA |

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

2ª VIA DO PACIENTE

|                           |      |
|---------------------------|------|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE | UF:  |
| CRM:                      |      |
| END:                      | TEL: |
| CIDADE:                   |      |

PACIENTE

NOME: MARIA LEOPOLDINA CUNHA

USO ORAL:

1. GALANTAMINA 24 MG \_\_\_\_\_ 30 CPS  
TOMAR 1 CP POR DIA

|  |   |
|--|---|
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR                 | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR   |
| NOME:<br>END:<br>IDENT:<br>CIDADE:<br>TEL: | Fernando F. D. Ujhara<br>Médico Psiquiatra<br>CRM-SP 173.982<br>ASSINATURA DATA |

Impresso por: 102.403.651-00 - 21.47.18 - MARCOS PEREIRA ROCHA  
Em: 09/06/2023



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

## GALANTAMINA

### Doença de Alzheimer

Portaria Conjunta nº 13, de 28 de novembro de 2017 (Protocolo na íntegra)

#### Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 8 mg, 16 mg e 24 mg – cápsula de liberação prolongada

CID contemplados: G30.0, G30.1, G30.8, F00.0, F00.1, F00.2

#### Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 8 mg – 93 cápsulas / 16 mg / 24 mg – 31 cápsulas

- Para faturamento (SIGTAP): 8 mg – 93 cápsulas / 16 mg e 24 mg – 31 cápsulas

Grupo de financiamento: 1A - Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde

Observações: Idade mínima: 40 anos; Medicamento sujeito a controle especial (Portaria 344/98 – Lista C1)

#### Documentos necessários para solicitação do medicamento

##### 1ª Solicitação

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.  
ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.
2. Receita de Controle Especial em duas vias no Receituário Simples em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.  
ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão. Para este medicamento, a validade é de 20 dias, limitadas a somente uma dispensação e a 60 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de Medicamentos Especializados.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente  
GALANTAMINA - Doença de Alzheimer (Atualizado em 06/03/2023)

Impresso por: 02-403551-00-MARCOS PEREIRA ROCHA  
Em: 08/12/2023 21:47:10



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA  
Comitê Coordenador de Assistência Farmacéutica

ATENÇÃO: O LME tem o objetivo de avaliar os processos de implementação e uso de LME no atendimento aos pacientes.

2. Resultado de Controle Especial em caso de Notificação Especial em caso de suspensão de LME:
    - Suspensão e/ou cancelamento do LME, com suspensão do atendimento ao paciente (verificar o prazo).
- ATENÇÃO: O prazo de validade do LME será considerado a partir da data de emissão do LME. Para o medicamento, a validade é de 30 dias. Iniciada a suspensão, uma nova suspensão é válida por 30 dias de emissão, conforme estabelecido no Manual de Medicamentos Especializados.

3. Caso de envio:

Simplificado:

- MEEN (Med. Especial de Uso Oral) - LME de uso oral, com validade de 30 dias, emitido no LME.
- COF (Código Único de Avaliação de Zonas) - LME de uso oral, com validade de 30 dias, emitido no LME.
- Crédito especial deve ser emitido no LME (LME de Suspensão, Avaliação e Atribuição de Medicamentos e LME de Especialidade de Assistência Farmacéutica) e apresentado ao Comitê de Assistência Farmacéutica para aprovação.

Exercício de modo especial:

- Drogas orais - T2 (Terapias de Alto Custo)
- Drogas orais - T3 (Terapias de Alto Custo)
- Drogas orais - Insulina
- Drogas orais - Uro

De posse dos documentos mencionados, o usuário deve dirigir-se ao Comitê de Assistência Farmacéutica para a avaliação e emissão do LME. O prazo de validade do LME será considerado a partir da data de emissão do LME.

Caso não seja possível comparecer ao Comitê, o usuário pode enviar os documentos para a Comissão de Assistência Farmacéutica para avaliação e emissão do LME.

- 1 - Declaração autorizada;
- 2 - Cópia de documentos pessoais ou representativa; documento de identificação;
- 3 - Formulário de solicitação de medicamento.

Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA  
Em: 09/08/2023 - 21:47:18



**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 CRES\* 9059814 2. Nome do estabelecimento de saúde solicitante CAPS \* Genésio Castanho\*

3. Nome completo do Paciente\* MARIA LEOPOLDINHA CUNHA 4. Idade do paciente\* 45

5. Nome da Mãe do Paciente\* NAIR FERREIRA DA SILVA 6. Altura do paciente\* 156

| Medicamento(s)*                                       | Quantidade solicitada* |        |        |        |        |        |
|---|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
|   | 1º mês                 | 2º mês | 3º mês | 4º mês | 5º mês | 6º mês |
| 1 Galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) | 30                     | 30     | 30     | 30     | 30     | 30     |
| 2   |                        |        |        |        |        |        |
| 3   |                        |        |        |        |        |        |
| 4   |                        |        |        |        |        |        |
| 5   |                        |        |        |        |        |        |
| 6   |                        |        |        |        |        |        |

7. CID-10\* F00.1 8. Diagnóstico DEMENCIA DE ALZHEIMER DE INÍCIO TARDIO

9. Anamnese\* PREJUÍZOS COGNITIVOS APÓS OS 65 ANOS QUE AFETAM CAPACIDADE DE DESEMPENHAR ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

10. Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?  NÃO  SIM. Relatar: ATUAL

11. Atestado de incapacidade\* A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, foi dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 1761 e 1762 do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?  NÃO  SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, que poderá realizar a solicitação do medicamento. **JORGE RODRIGUES CUNHA** Nome do responsável

12. Nome do médico solicitante\* **FERNANDO PEREIRA FUGIHARA** 13. Assinatura e cargo do médico\* **Fernando Fugihara** Médico Psiquiatra CRM-SP 173.962

14. Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\* 701.1098.8367.5367 15. Data da solicitação\*

16. CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\*:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (de acordo no item 12)  Médico solicitante  Outro, informar nome e CPF

17. Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\*  Branco  Amarela  Preta  Indígena, Informe Etnia:  Parda  Sem informação 18. Telefone(s) para contato do paciente

19. Número do documento do paciente  CPF ou  CNS 20. Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

21. Correo eletrônico do paciente

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

RECÍTUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA DA FARMÁCIA

|                           |      |
|---------------------------|------|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE |      |
| CRM:                      | UF:  |
| END:                      |      |
| CIDADE:                   | TEL: |

PACIENTE

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| NOME: MARIA LEONILDA CAUNHA | SEXO: F |
| USO ORAL:                   |         |
| 1 GALANTAMINA 24 MG         | 30 CPS  |
| Tomar 1 CP POR DIA          |         |

|                            |                               |
|----------------------------|-------------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FARMACEUTICO |
| NOME:                      | Fernando Fajardo              |
| END:                       | MARIA FERNANDA                |
| IDEN:                      | CRMSP 173.962                 |
| CIDADE:                    | ASSINATURA DATA               |

RECÍTUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

2ª VIA DO PACIENTE

|                           |      |
|---------------------------|------|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE |      |
| CRM:                      | UF:  |
| END:                      |      |
| CIDADE:                   | TEL: |

RECIENTE

|                             |        |
|-----------------------------|--------|
| NOME: MARIA LEONILDA CAUNHA |        |
| USO ORAL:                   |        |
| 1 GALANTAMINA 24 MG         | 30 CPS |
| Tomar 1 CP POR DIA          |        |

|                            |                               |
|----------------------------|-------------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FARMACEUTICO |
| NOME:                      | Fernando Fajardo              |
| END:                       | MARIA FERNANDA                |
| IDEN:                      | CRMSP 173.962                 |
| CIDADE:                    | ASSINATURA DATA               |
| TEL:                       |                               |

Impresso por: 102 - Em: 09/08/2023 - 21:47:18 - MARCOS PEREIRA ROCHA