



– Doença/Agravo:

✓ ESPASTICIDADE

– Código internacional de doenças (CID-10) contemplado(s):

- G 04.1 — Paraplegia espástica tropical.
- G 80.0 — Paralisia cerebral quadriplágica espástica.
- G 80.1 — Paralisia cerebral diplégica espástica.
- G 80.2 — Paralisia cerebral hemiplégica espástica.
- G 81.1 — Hemiplegia espástica.
- G 82.1 — Paraplegia espástica.
- G 82.4 — Tetraplegia espástica.
- I 69.0 — Sequelas de hemorragia subaracnoidea.
- I 69.1 — Sequelas de hemorragia intracerebral.
- I 69.2 — Sequelas de outras hemorragias intracranianas não traumáticas.
- I 69.3 — Sequelas de infarto cerebral.
- I 69.4 — Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico.
- I 69.8 — Sequelas de outras doenças cerebrovasculares e das não especificadas.
- T 90.5 — Sequelas de traumatismo intracraniano.
- T 90.8 — Sequelas de outros traumatismos especificados da cabeça.

– Medicamento(s) disponível(is):

- **TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 100 U – 500 U Injetável (por frasco ampola)**

– Regulamentação fundamentada para obtenção do(s) medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):

- Título IV, do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.
- Portaria Conjunta nº 02 de 29/05/2017 – Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).
- Portaria Estadual nº 416/2017-GAB/SES-GO – Estabelece a documentação e fluxo de aplicação dos medicamentos pelos Centros de referência.

– Procedimentos e demais informações:

- Todas as orientações quanto à abertura e renovação de processos, bem como, dispensação de medicamentos podem ser verificadas no documento intitulado “**ORIENTAÇÕES GERAIS**” que encontra no site da CEMAC Juarez Barbosa acessando o link abaixo:

[ORIENTAÇÕES GERAIS](#)

- **ATENÇÃO:** De acordo com a Portaria Estadual nº 416/2017-GAB/SES-GO, datada de 30/05/2017, a aplicação do medicamento Toxina Botulínica será realizada por Centros de Referência e Aplicação, estabelecidos pelo Gestor Estadual do Componente Especializado. Atualmente (03/2022) os Centros de Referência para aplicação de Toxina Botulínica são:

- 1) Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (**CRER**) – localizado em Goiânia-GO;
- 2) Hospital das Clínicas de Goiânia – HC/UFG/EBSERH (**HC**) – localizado em Goiânia-GO;
- 3) Centro de Atendimento Especializado **RENASCER** – Associação Pestalozzi de Goiânia – localizado em Goiânia-GO;



- 4) Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) -Goiânia;
 - 5) Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) – localizado em Anápolis-GO;
 - 6) Hospital Vila São Cotolengo – localizado em Trindade – GO;
 - 7) Hospital Geral de Goiânia – HGG;
 - 8) Centro de Orientação, Reabilitação e Assistência ao Encefalopata (CORAE) – localizado em Goiânia-GO;
 - 9) Associação dos deficientes físicos do Estado de Goiás (ADFEGO) – localizado em Goiânia-GO;
 - 10) Centro De Atendimento Educacional Especializado Dunga De Ensino Especial–Associação Pestalozzi de Rio Verde – localizado em Rio Verde-GO;
 - 11) Ambulatório Multiprofissional de Aparecida de Goiânia (AMAG) – Localizado em Aparecida de Goiânia-GO.
- Comunicamos que **ESSES MEDICAMENTOS NÃO SERÃO ENTREGUES NA UNIDADE**, pois as aplicações são realizadas em um centro de referência.
 - Caso o paciente não esteja fazendo o acompanhamento médico em algum centro de referência listado acima, este deverá solicitar regulação para o CRER (Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo), junto à Secretaria de Saúde do seu município.
 - Após esse procedimento o CRER entrará em contato nos números de telefone informados pelo paciente, para agendar a reavaliação e informar o dia da aplicação.
 - Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com a CEMAC Juarez Barbosa pelo telefone: (62) 3201-7449 ou 3201-7446 ou 3201-7450

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DE PROCESSO

ATENÇÃO: *Os documentos e exames aqui solicitados deverão ser encaminhados por meio eletrônico para a CEMAC Juarez Barbosa, sendo o armazenamento dos originais responsabilidade do Usuário SUS, exceto prescrições de medicamentos sob controle especial. A documentação original poderá ser solicitada a qualquer tempo pela Unidade. A apresentação de informações ou documentos falsos, em todo ou parte, configura crime sujeito as penalidades legais.*

1 – Prescrição médica devidamente preenchida por (Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista, Fisiatra ou Oftalmologista*):

* *Oftalmologista : somente para o CID-10: G24.5*

O medicamento deve ser prescrito pela Denominação Comum Brasileira, considerando o Art. 3º da Lei Federal nº 9.787 de 10/02/1999. *Todas as prescrições médicas (originais) devem estar disponíveis no ato da dispensação do(s) medicamento(s).*

- RECEITUÁRIO PADRÃO, estabelecido pela Portaria Estadual nº 416/2017-GAB/SES-GO (*conforme modelo – ANEXO I*), com todos os campos corretamente preenchidos sem emenda e/ou rasura e em 02 vias.

(Validade máxima de 180 dias corridos a contar da data da emissão)



OU

- **PRESCRIÇÃO MÉDICA** (sem controle especial). O documento original deverá ser apresentado no ato da dispensação do(s) medicamento(s).
(Validade máxima de 180 dias corridos a contar da data da emissão)

É indispensável que no documento a posologia especifique:

- *A respectiva dose a ser aplicada em cada músculo (SEM ABREVIATURA), com o total de número de pontos de aplicação por músculo;*
- *Dose total de toxina botulínica a ser aplicada*

2 – Relatório médico, devidamente assinado e carimbado (Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista, Fisiatra ou Oftalmologista*), informando:

** Oftalmologista: somente para o CID-10: G24.5*

- os sinais e sintomas com relato de comprometimento funcional;
- se o paciente apresenta dor ou risco de estabelecimento de deformidades osteomusculoarticulares;
- a graduação do tônus muscular conforme a **Escala de Ashworth Modificada (EAM)**;
- **local onde o paciente está inserido em um programa de reabilitação ou onde realiza fisioterapia e/ou terapia ocupacional.**

3 – Documentos pessoais do paciente:

- Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;
- CPF;
- Comprovante de Endereço com CEP (água, luz ou telefone);
- Cartão SUS. Caso o usuário não possua Cartão SUS, este cartão poderá ser feito na CEMAC Juarez Barbosa.

4 – Termo de Esclarecimento e Responsabilidade com todos os campos corretamente preenchidos sem emenda e/ou rasura. Atenção: esse documento é assinado pelo paciente (ou responsável legal) e pelo médico. O reconhecimento da incapacidade do paciente é confirmado mediante a apresentação de documentos comprobatórios (Tutela, Curatela, Interdição ou equivalente) ou, ainda, por meio do preenchimento do “campo 13” do LME pelo médico assistente.

5 – LME (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) adequadamente preenchido **POR UMA DAS ESPECIALIDADES CONTEMPLADAS PELA PORTARIA Nº 416/2017-GAB/SES-GO, DATADA DE 30/05/2017 (Neurologia, Ortopedia, Fisiatria ou Oftalmologia para os casos de blefaroespasm)**. As instruções de preenchimento e o arquivo do LME, para preenchimento manual, estão disponíveis para serem baixados (*download*) no sítio eletrônico <http://www.saude.gov.br>. Seguem abaixo os links para acesso aos documentos:

ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO DA LME

LME

Cabe ainda salientar que o **LME** terá noventa (90) **DIAS DE VALIDADE**, a partir de sua data de preenchimento pelo médico solicitante, para a solicitação de medicamentos na Unidade.



ANEXO I

RECEITUÁRIO PADRÃO do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) – Toxina Botulínica		CEMAC Juarez Barbosa / Pireneus
Nome da Unidade de Origem(Consulta): _____		
Nome do Paciente: _____		
Nome do Médico solicitante: _____		C.R.M.: _____
Dados da Aplicação		
Apresentação solicitada: -Toxina botulínica tipo A 100 U injetável <input type="checkbox"/> -Toxina botulínica tipo A 500 U injetável* <input type="checkbox"/>		
*Cálculo de conversão considerado para TBA1/TBA3 e TBA2: _____		
Atenção: Os músculos devem ser nomeados <i>SEM ABREVIATURA</i>		
1.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
2.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
3.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
4.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
5.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
6.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
7.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
8.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
9.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
10.Músculo:	Nº de pontos:	Qtde. Total:
Quantidade total de Toxina botulínica a ser aplicada		
		____/____/____
Assinatura e Carimbo do Médico		Data



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE Toxina botulínica tipo A.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de toxina botulínica tipo A, indicado para o tratamento de **espasticidade**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

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

- melhora da atividade funcional (locomoção, atividades diárias);
- prevenção de contratura e deformidades nas articulações (juntas);
- diminuição da dor;
- facilitação no uso de órteses e realização dos cuidados de higiene;
- diminuição da frequência e severidade dos espasmos;
- redução do uso de medicamentos antiespásticos;
- redução do número de procedimentos de reabilitação.

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

- os riscos na gravidez ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- o principal efeito desagradável é dor no local de aplicação da injeção;
- os efeitos adversos são pouco frequentes (estimativa de que a cada 100 pacientes que recebem o medicamento apenas 3 terão algum tipo de reação). Já foram relatados fraqueza, náuseas, coceira, dor de cabeça, alergias na pele, mal-estar geral, febre, dor no corpo.

Fui também informado(a) de que este medicamento não tem por objetivo curar a doença que originou a espasticidade. Conforme a marca comercial utilizada, a dose da toxina botulínica pode ser ajustada e devo procurar orientação do médico ou farmacêutico em caso de dúvida.

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 em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () **Sim**. () **Não**.



Local:		Data:
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
Assinatura do paciente ou do responsável legal:		
Médico responsável:		
Assinatura e Carimbo do Médico:	CRM:	UF:

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.