

NUSINERSENA – Atrofia Muscular Espinhal 5q Tipo I

2,4mg/ml solução injetável (por frasco ampola de 5 ml)

Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 15 - 22/10/2019 (protocolo na íntegra)

Informações

CIDs: 10: G12.0

Quantidade máxima mensal: 3 frascos

Grupo de Financiamento: G1A

Documentação Necessária

1º 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.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - o Documento de identidade e CPF;
 - o Comprovante de residência com CEP;
 - o Cartão Nacional de Saúde (CNS);
4. Cópia dos exames:
 - o Cópia do exame genético confirmatório (qPCR ou MLPA)
 - o Descrição da situação vacinal do paciente
 - o Questionário para avaliação clínica de pacientes com AME 5q tipo I em uso de nusinersena preenchido pelo médico assistente ([clique Aqui para abrir](#))
5. **Não** é obrigatório apresentar o termo de esclarecimento e responsabilidade.

Renovação

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.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Relatório de avaliação audiológica e oftalmológica:
 - Questionário para avaliação clínica de pacientes com AME 5q tipo I em uso de nusinersena preenchido pelo médico assistente ([clique Aqui para abrir](#))