



**RELATÓRIO MÉDICO – MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE ALZHEIMER**  
**INIBIDORES DA ACETILCOLINESTERASE (DONEPEZILA, GALANTAMINA, RIVASTIGMINA) E MEMANTINA**  
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer  
Portaria Conjunta Nº 13, de 28 de novembro de 2017

O(A) Sr(a) \_\_\_\_\_,  
está em acompanhamento regular em consultório médico e é portadora (a) de:

- ☐ G30.0 Doença de Alzheimer de início precoce  
☐ G30.1 Doença de Alzheimer de início tardio  
☐ G30.8 Outras formas de doença de Alzheimer  
☐ F00.0 Demência na doença de Alzheimer de início precoce  
☐ F00.1 Demência na doença de Alzheimer de início tardio  
☐ F00.2 Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista

**I) DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

- ☐ Relatório médico com descrição da apresentação da doença, evolução, sintomas neuropsiquiátricos apresentados, medicamentos já prescritos, com suas respectivas posologias, e comorbidades relevantes;

---

---

---

---

---

---

---

- ☐ LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos;  
☐ Prescrição Médica;  
☐ MEEM – Mini-Exame Do Estado Mental (Anexo I);  
☐ CDR Clinical Dementia Rating – Escala Clínica de Avaliação de Demência (Anexo II);

Cópia dos exames abaixo:

- |                                                                           |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dosagem de Ácido fólico (folato) (válido 1 ano); | <input type="checkbox"/> Dosagem de TSH (válido 1 ano);                            |
| <input type="checkbox"/> Dosagem de ALT/TGP (válido 1 ano);               | <input type="checkbox"/> Dosagem de Vitamina B12 (válido 1 ano);                   |
| <input type="checkbox"/> Dosagem de AST/TGO (válido 1 ano);               | <input type="checkbox"/> Hemograma completo (válido 1 ano);                        |
| <input type="checkbox"/> Dosagem de Cálcio total sérico (válido 1 ano);   | <input type="checkbox"/> Sorologia para sífilis (VDRL) (válido 1 ano);             |
| <input type="checkbox"/> Dosagem de Creatinina sérica (válido 1 ano);     | <input type="checkbox"/> Sorologia para e HIV (em pacientes com menos de 60 anos). |
| <input type="checkbox"/> Dosagem de Glicose de jejum (válido 1 ano);      | <input type="checkbox"/> Laudo de Tomografia Computadorizada ou                    |
| <input type="checkbox"/> Dosagem de Potássio sérico (válido 1 ano);       | Ressonância Magnética do encéfalo (válido 3 anos);                                 |
| <input type="checkbox"/> Dosagem de Sódio sérico (válido 1 ano);          |                                                                                    |

**II) MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

- |                                                                   |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Donepezila Comp 5 mg                     | <input type="checkbox"/> Rivastigmina 1,5 Mg Cap                  |
| <input type="checkbox"/> Donepezila Comp 10 mg                    | <input type="checkbox"/> Rivastigmina 3 Mg Cap                    |
| <input type="checkbox"/> Galantamina 16 mg Cap De Lib Prol        | <input type="checkbox"/> Rivastigmina 4,5 mg Cap                  |
| <input type="checkbox"/> Galantamina 24 mg Cap De Lib Prol        | <input type="checkbox"/> Rivastigmina 6 mg Cap                    |
| <input type="checkbox"/> Galantamina 8 Mg Cap De Lib Prol         | <input type="checkbox"/> Rivastigmina 9 mg Adesivo Transdérmico   |
| <input type="checkbox"/> Memantina, Cloridrato 10 Mg Cap Lib Prol | <input type="checkbox"/> Rivastigmina 18 mg Adesivo Transdérmico; |

**III) CRITÉRIOS DO PCDT/MS:**

**A) Para inibidores da acetilcolinesterase (Donepezila, Galantamina ou Rivastigmina):**

Serão incluídos os pacientes que preencherem todos os critérios abaixo:

- ☐ Diagnóstico de DA provável, segundo os critérios do NIA-AA e ABN;  
☐ MEEM com escore entre 12 e 24 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade ou entre 8 e 21 para pacientes com até 4 anos de escolaridade;

- ( ) Escala CDR = 1 ou 2 (demência leve ou moderada);
- ( ) TC ou RM do encéfalo e exames laboratoriais que afastem outras doenças frequentes nos idosos que possam provocar disfunção cognitiva (detalhados acima)

**B) Para Memantina**

**B.1) Combinada aos inibidores da acetilcolinesterase:**

Serão incluídos os pacientes que preencherem todos os critérios abaixo:

- ( ) Diagnóstico de DA provável, segundo os critérios do NIA-AA, ABN;
- ( ) TC ou RM do encéfalo e exames laboratoriais que afastem outras doenças frequentes nos idosos que possam provocar disfunção cognitiva (detalhados acima)
- ( ) Escore na escala CDR= 2 (demência moderada);
- ( ) Escores no MEEM entre 12 e 19, se escolaridade maior que 4 anos, ou entre 8 e 15, se escolaridade menor ou igual a 4 anos

**B.2) Em Monoterapia:**

Serão incluídos os pacientes que preencherem todos os critérios abaixo:

- ( ) Diagnóstico de DA provável, segundo os critérios do NIA-AA, ABN;
- ( ) TC ou RM do encéfalo e exames laboratoriais que afastem outras doenças frequentes nos idosos que possam provocar disfunção cognitiva (detalhados acima)
- ( ) Escore na escala CDR=3 (demência grave);
- ( ) MEEM com escore entre 5 e 11, para escolaridade maior que 4 anos, ou entre 3 e 7, quando escolaridade menor ou igual a 4 anos.

**DATA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Médico Assistente e Carimbo**

*OBS: todos os campos aplicáveis são de preenchimento obrigatório*