



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

FORMULÁRIO DE ACESSO - ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

Nome do Paciente: _____	Data: ____ / ____ / ____
Médico Responsável: _____	CRM: _____ UF: ____

1. Descrever os sinais e sintomas característicos de ELA que o (a) paciente apresenta:

2. Qual o critério diagnóstico de ELA o (a) paciente apresenta? Anexar exame comprobatório.

- ☐ ELA DEFINITIVA (sinais de NMS e NMI em três regiões (bulbar, cervical, torácica ou lombossacral)).
- ☐ ELA PROVÁVEL (sinais de NMS e NMI em duas regiões (bulbar, cervical, torácica ou lombossacral) com algum sinal de NMS rostral aos sinais de NMI).
- ☐ ELA PROVÁVEL COM SUPORTE LABORATORIAL (sinais de NMS e NMS em uma região ou sinais de NMS, em uma ou mais regiões, associados à evidência de desnervação aguda na eletroneuromiografia (ENMG) em dois ou mais segmentos).
- ☐ ELA POSSÍVEL (sinais de NMS e NMI em uma região somente).
- ☐ ELA SUSPEITA (sinais de NMI em uma ou mais regiões (bulbar, cervical, torácica ou lombossacral). Sinais de NMS em uma ou mais regiões (bulbar, cervical, torácica ou lombossacral). Em todas as modalidades deve haver evidência de progressão da doença e ausência de sinais sensitivos (a não ser que faça parte de um distúrbio subjacente)).

3. Em caso de paciente com ELA possível ou ELA suspeita, paciente se enquadra em algum dos Casos Especiais citados abaixo?

- Atrofia muscular progressiva (AMP) ou
- Esclerose lateral primária (ELP) ou
- Paralisia bulbar progressiva (PBP) ou
- Atrofia muscular bulboespinal (doença de Kennedy).

☐ Sim. Indicar: _____

☐ Não

4. Foram descartadas outros diagnósticos diferenciais como Doença Cerebrovascular, Esclerose Múltipla, Irradiação do sistema nervoso central, Miastenia Gravis, Seringobulbia e Distrofia óculo-faríngea?

☐ Sim

☐ Não

Declaro, para os devidos fins, que o (a) paciente não apresenta critérios de exclusão, não apresenta contraindicações ao uso do Riluzol (conforme estabelecido no item 7.2 da Portaria conjunta nº 13, de 13 de agosto de 2020) e satisfaz os critérios de inclusão.

Assinatura e carimbo do médico assistente