

**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 - DOENÇA DE ALZHEIMER**PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 27, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2025**

Nome do Paciente:		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
CID-10:	Data do preenchimento:	/ /

1. CRITÉRIOS PARA DEMÊNCIA DEVIDA À DOENÇA DE ALZHEIMER:**A. Critérios obrigatórios:****O(a) paciente apresenta sintomas cognitivos ou comportamentais (neuropsiquiátricos) que:**

- ☐ Interferem com a habilidade no trabalho ou em atividades usuais;
- ☐ Representam declínio em relação a níveis prévios de funcionamento e desempenho;
- ☐ Não são explicáveis por delirium (estado confusional agudo) ou doença psiquiátrica maior.

B. Características clínicas:**Adicionalmente aos critérios anteriores, o(a) paciente apresenta uma ou mais das seguintes características:**

- ☐ Início insidioso, com evolução ao longo de meses a anos;
- ☐ Clara história de perda cognitiva referida pelo paciente e/ou informante;
- ☐ Déficit cognitivo mais proeminente e inicial evidenciado por avaliação cognitiva, incluindo o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM);
- ☐ Tomografia computadorizada ou, preferencialmente, ressonância magnética de crânio, com achados compatíveis e/ou que excluam outras possibilidades diagnósticas ou comorbidades, principalmente doença cerebrovascular.

2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**Assinalar os critérios presentes:**

- ☐ Doença cerebrovascular importante, definida por história de AVC temporalmente relacionada ao início ou à piora do comprometimento cognitivo, presença de infartos múltiplos ou extensos ou lesões acentuadas da substância branca evidenciadas por exame de neuroimagem;
- ☐ Características centrais de demência com corpos de Lewy, tais como alucinações visuais recorrentes, parkinsonismo, distúrbio comportamental do sono REM e flutuação cognitiva;
- ☐ Características proeminentes da variante comportamental da demência frontotemporal, tais como hiperoralidade, hipersexualidade e perseveração;
- ☐ Características proeminentes de afasia progressiva primária, manifestando-se como variante semântica, com discurso fluente, anomia e dificuldades de memória semântica, ou como variante não fluente, com agramatismo e/ou apraxia de fala importante;
- ☐ Outra doença concomitante ativa, neurológica ou não neurológica, ou uso de medicamento que possa exercer efeito substancial sobre a cognição.
- ☐ Paciente não apresenta nenhuma das condições citadas acima.

3. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**Critérios de exclusão:****Para donepezila, galantamina, rivastigmina e memantina:**

- ☐ Identificação de incapacidade de adesão ao tratamento.
- ☐ Não se aplica.



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

Para donepezila, galantamina e rivastigmina:

- ☐ Evidência de lesão cerebral orgânica ou metabólica simultânea não compensada;
- ☐ Insuficiência cardíaca ou arritmia cardíaca graves;
- ☐ Alteração da condução cardíaca, tais como bradicardia sintomática, bloqueio atrioventricular (AV) de segundo ou terceiro grau ou síndrome do nó sinusal doente;
- ☐ Asma ou doença pulmonar obstrutiva grave ou descompensada.
- ☐ Paciente não apresenta nenhuma das condições citadas acima.

Para galantamina:

- ☐ Insuficiência hepática ou renal graves.
- ☐ Não se aplica.

Para memantina:

- ☐ Clearance de creatinina inferior a 5 mL/minuto/1,73 m².
- ☐ Não se aplica

5. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em caso de continuidade do tratamento, houve estabilização ou melhora clínica?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica – início do tratamento

Observações/justificativa clínica, quando necessárias:

Declaro, para os devidos fins, que o(a) paciente não apresenta critérios de exclusão, não apresenta contraindicações ao uso do medicamento solicitado e satisfaz os critérios de inclusão, conforme PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 27, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2025.

Carimbo e assinatura do médico