

**Portaria nº 843 de 06 de Novembro de 2002.**

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a necessidade de estabelecer Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Demência por Doença de Alzheimer, que contenha critérios de diagnóstico e tratamento, observando ética e tecnicamente a prescrição médica, racionalize a dispensação dos medicamentos preconizados para o tratamento da doença, regulamente suas indicações e seus esquemas terapêuticos e estabeleça mecanismos de acompanhamento de uso e de avaliação de resultados, garantindo assim a prescrição segura e eficaz;

Considerando a Consulta Pública a que foi submetido o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Tratamento da Demência por Doença de Alzheimer, por meio da Consulta Pública SAS/MS nº 01, de 12 de abril de 2002, que promoveu sua ampla discussão e possibilitou a participação efetiva da comunidade técnico científica, sociedades médicas, profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde na sua formulação, e

Considerando as sugestões apresentadas ao Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais – DSRA/SAS/MS no processo de Consulta Pública acima referido, resolve:

Art. 1º - Aprovar o **PROCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS – DEMÊNCIA POR DOENÇA DE ALZHEIMER – Rivastigmina, Galantamina e Donepezil**, na forma do Anexo desta Portaria.

§ 1º - Este Protocolo, que contém o conceito geral da doença, os critérios de inclusão/exclusão de pacientes no tratamento, critérios de diagnóstico, esquema terapêutico preconizado e mecanismos de acompanhamento e avaliação deste tratamento, é de caráter nacional, devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na regulação da dispensação dos medicamentos nele previstos.

§ 2º - As Secretarias de Saúde que já tenham definido Protocolo próprio com a mesma finalidade, deverão adequá-lo de forma a observar a totalidade dos critérios técnicos estabelecidos no Protocolo aprovado pela presente Portaria;

§ 3º - É obrigatória a observância deste Protocolo para fins de dispensação dos medicamentos nele previstos;

§ 4º - É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos preconizados para o tratamento da Doença de Alzheimer, o que deverá ser formalizado por meio da assinatura do respectivo Termo de Consentimento Informado, de acordo com o medicamento utilizado, conforme o modelo integrante do Protocolo.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

RENILSON REHEM DE SOUZA

Secretário

## ANEXO

### PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

#### DEMÊNCIA POR DOENÇA DE ALZHEIMER

##### Rivastigmina, Galantamina, Donepezil,

### 1. Introdução

A demência é uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, usualmente de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. O comprometimento das funções cognitivas é comumente acompanhado, e ocasionalmente precedido, por deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. A demência produz um declínio apreciável no funcionamento intelectual e interfere com as atividades do dia-a-dia, como higiene pessoal, vestimenta, alimentação, atividades fisiológicas e de toalete(1). A sobrevida média após o diagnóstico de demência é de 3,3 anos(2).

A doença de Alzheimer – a principal causa de demência – é uma doença cerebral degenerativa primária, de etiologia não totalmente conhecida, com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos.

Fatores genéticos são extremamente relevantes, pois além da idade a existência de membro da família com demência é o único fator sistematicamente associado, presente em 32,9% de casos diagnosticados (3). A DA é transmitida de forma autossômica dominante e as características de idade de início e evolução identificam subtipos diferentes com correlatos genéticos. Por ser autossômica dominante a penetração é completa, entretanto a manifestação observada na prole não é de 50%, mas de aproximadamente 25%. A redução da manifestação sugere que outros fatores devam fazer parte do processo da doença, caracterizando sua multifatorialidade. O risco relativo geral calculado foi de 3,5 para aqueles sujeitos com pelo menos um parente de 1º grau acometido de demência.

Instala-se usualmente de modo insidioso e desenvolve-se lenta e continuamente por um período de vários anos. O início pode ser na meia-idade ou até mesmo mais cedo, mas a incidência é maior à medida que a idade avança (a partir dos 60-65 anos)(1).

As alterações neuropatológicas e bioquímicas da doença de Alzheimer podem ser divididas em duas áreas gerais: mudanças estruturais e alterações nos neurotransmissores ou sistemas neurotransmissores.

As mudanças estruturais incluem os envelados neurofibrilares, as placas neuríticas e as alterações do metabolismo amilóide, bem como as perdas sinápticas e morte neuronal.

As alterações nos sistemas neurotransmissores estão ligadas às mudanças estruturais (patológicas) que ocorrem na doença, porém, de forma desordenada. Alguns neurotransmissores são significativamente afetados ou relativamente afetados indicando um padrão de degeneração de

sistemas. Porém, sistemas neurotransmissores podem estar afetados em algumas áreas cerebrais e não em outras, como no caso da perda do sistema colinérgico cortical basal e da ausência de efeito sobre o sistema colinérgico do tronco cerebral. Efeitos similares são observados no sistema noradrenérgico.

Baseado na hipótese colinérgica da doença de Alzheimer, evidenciada pela perda de neurônios colinérgicos centrais, atividade reduzida da colinacetiltransferase em cérebro de pacientes com Alzheimer e pela correlação de déficit colinérgico e prejuízo da função cognitiva, os inibidores da acetilcolinesterase foram testados na doença de Alzheimer com um modesto benefício comprovado.

Vários ensaios clínicos testaram a utilização de alguns representantes desta classe de medicações. A maioria destes estudos apresentou um seguimento de 06 a 12 meses e utilizou escalas padronizadas de avaliação de prejuízo cognitivo (ADAS – Alzheimer's Disease Assessment Scale) e de estado mental (MMSE – Mini-Mental State Examination) como desfechos principais, demonstrando uma diferença de cerca de 4 a 5 pontos na escala ADAS (escala de 0 a 70, sendo os valores mais elevados representam maior prejuízo). Considerando que a história natural da doença prevê uma deterioração anual de 8 a 10% nesta escala(4), tal diferença significa uma redução de aproximadamente 6 meses na história natural do Alzheimer(5).

## **2. Classificação CID 10**

- G30.- Doença de Alzheimer
- F00.- Demência na doença de Alzheimer

## **3. Diagnóstico Clínico**

Requisito primário para o diagnóstico de demência é a evidência de um declínio tanto na memória quanto no pensamento, o qual é suficiente para comprometer atividades pessoais da vida diária.

O comprometimento da memória tipicamente afeta o registro, armazenamento e evocação de novas informações, porém, material familiar e os aprendizados mais antigos (mais precoces na vida) podem também ser perdidos, especialmente nos estágios mais tardios.

O processamento de informações é afetado, de modo que o indivíduo tem progressivamente mais dificuldade em responder a mais de um estímulo de cada vez, tal como participar de uma conversa com várias pessoas ao mesmo tempo.

Os sintomas e comprometimentos acima mencionados devem ser evidentes por pelo menos 06 (seis) meses para que um diagnóstico clínico confiável de demência seja feito(1,4).

O diagnóstico de doença de Alzheimer é um processo de exclusão.

### 3.1. Critérios para o diagnóstico clínico de provável doença de Alzheimer(4,6)

3.1.1. presença de demência estabelecida por teste objetivo;

3.1.2. prejuízo da memória e de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem ou percepção, por exemplo);

3.1.3. piora progressiva da sintomatologia;

3.1.4. ausência de distúrbio do nível de consciência;

3.1.5. início entre 40 e 90 anos de idade, mas mais freqüentemente após os 65 anos;

3.1.6. ausência de distúrbios sistêmicos e/ou outra doença do SNC que poderiam acarretar déficit cognitivo progressivo (demência), como por exemplo hipotireoidismo.

3.1.7. O diagnóstico provável é apoiado por:

a) deterioração progressiva de funções cognitivas como linguagem (afasia), habilidades motoras (apraxias) e percepção (agnosias);

b) atividades do dia-a-dia prejudicadas e padrão de comportamento alterado;

c) história familiar de "demência", particularmente se confirmada por exame anatomo-patológico;

d) exames complementares normais (EEG, TCC, RM) ou com alterações inespecíficas (ex. EEG com lentificação, TCC com atrofia difusa);

e) evidência documentada de progressão da atrofia cerebral.

3.1.8. Outros achados clínicos consistentes com provável DA, após exclusão de outras causas de demência:

a) Platô no curso da doença;

b) Sintomas associados de depressão, insônia, incontinência, ilusões, surtos de descontrole (verbal, emocional ou física), mudanças no comportamento sexual, e perda de peso;

Aparecimento de outras alterações neurológicas em fase avançada da doença (alterações motoras como aumento do tônus muscular, alterações da marcha, entre outras.).

### 3.2. Critérios para diagnóstico de possível DA(4,6)

3.2.1. Feito com base na síndrome demencial, na ausência de outras alterações neurológicas, psiquiátricas ou sistêmicas, suficientes para produzir demência mesmo que em presença de variações de apresentação do início ou do curso clínico;

3.2.2. Pode ser feito na presença de uma segunda alteração sistêmica ou cerebral suficiente para produzir demência, mas não considerada causa do quadro demencial presente;

3.2.3. Pode ser usado em investigações, quando um único e gradual déficit cognitivo severo é documentado na ausência de outras causas identificáveis.

### 3.3. Critérios para diagnóstico de doença de Alzheimer definitiva(4,6)

3.3.1. Preenchimento dos critérios de provável DA com comprovação por histopatologia de tecido cerebral por biópsia ou autópsia.

Achados que tornam o diagnóstico de DA improvável ou incerto:

a) Início súbito;

b) Achados neurológicos focais como hemiparesia, alterações de sensibilidade e dos campos visuais, sinais cerebelares, crises convulsivas, entre outras, no início da doença ou muito precoces no curso da doença.

Em até 10 a 15% dos casos, a demência da doença de Alzheimer pode coexistir com demência vascular.

## 4. Diagnóstico Laboratorial

Não existem exames que confirmem o diagnóstico de doença de Alzheimer, pois até agora isso só ocorre por biópsia cerebral ou necrópsia (autópsia).

Os exames complementares servem para a exclusão de condições que poderiam provocar demência que não a doença de Alzheimer.

No entanto, utilizando-se os critérios padronizados a correlação (acurácia) entre o diagnóstico clínico provável para doença de Alzheimer com os achados de biópsia/autópsia alcança 80-90% (7).

A inclusão de pacientes com início de doença mais cedo diminui a acurácia. Instrumentos padronizados são de auxílio fundamental como o Mini-exame do Estado Mental (4) e a Escala Clínica de Avaliação de Demência (*Clinical Dementia Rating Scale – CDR*).

## **5. Exames Subsidiários Exigidos**

Mini-exame do Estado Mental e Escala Clínica de Avaliação de Demência realizado pelo médico prescritor; avaliação por um comitê de especialistas a ser instituído pelo gestor estadual.

## **6. Critérios de Inclusão no Protocolo de Tratamento**

Ter sido avaliado por um neurologista e/ou psiquiatra e/ou geriatra; preencher os critérios clínicos de demência por doença de Alzheimer possível ou provável; apresentar Mini-Exame do Estado Mental com escore entre 12 e 24 (8) para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade e entre 8 e 17 para pacientes com até 4 anos de estudo e Escala CRD 1 ou 2 (demência leve ou moderada).

## **7. Critérios de Exclusão do Protocolo de Tratamento**

Não serão incluídos neste Protocolo de tratamento pacientes que apresentarem pelo menos um dos itens abaixo:

- avaliação, por parte do médico assistente e/ou do comitê de especialistas, que o paciente apresentará má aderência ao tratamento;
- evidência de lesão cerebral orgânica ou metabólica simultâneas não compensadas;
- insuficiência cardíaca grave ou arritmia cardíaca;
- síndrome parkinsoniana (Doença de Parkinson ou síndrome parkinsoniana);
- diarreia;
- doença péptica sem resposta ao tratamento.

## **8. Centros de Referência**

O diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes portadores da Doença de Alzheimer deverá se dar nos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, definidos pela Portaria GM/MS nº 702 e Portaria SAS/MS nº 249, ambas de 12 de abril de 2002.

A aquisição dos medicamentos previstos neste Protocolo é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, em conformidade com o Programa de Medicamentos Excepcionais.

A dispensação poderá ocorrer na própria Secretaria de Saúde ou, a critério do gestor estadual, nos Centros de Referência. Nesse último caso, deve ser celebrado um acordo operacional

entre a Secretaria de Saúde do estado e o Centro de Referência, e, estabelecidos mecanismos de avaliação, acompanhamento e controle.

Para a manutenção da dispensação dos medicamentos, os pacientes incluídos no Programa deverão ser reavaliados 3 a 4 meses após o início do tratamento e, após, a cada 4-6 meses, conforme estabelecido nos itens 9.2 e 9.3 deste Protocolo.

## **9. Tratamento**

### **9.1. Fármacos e dose**

Os medicamentos abaixo poderão ser utilizados. Não serão permitidas associações entre estes fármacos.

9.1.1. Rivastigmina: Início com 1,5mg duas vezes ao dia com aumento gradual até 6mg duas vezes ao dia (8,10,12-20)

9.1.2. Galantamina: Início com 5 a 8mg ao dia com aumento gradual até 24 a 25mg ao dia (8,10,21-24)

9.1.3. Donepezil: dose inicial de 5mg ao dia, podendo ser aumentada para 10mg ao dia não havendo resposta em algumas semanas (8-11)

### **9.2. Critérios de Interrupção de Tratamento**

O tratamento deve ser suspenso em 3 situações distintas(8):

a) Após 3-4 meses do início do tratamento o paciente deverá ser reavaliado; não havendo melhora ou estabilização da deterioração do quadro o tratamento deve ser suspenso por falta de benefício;

b) Mesmo que em tratamento continuado, este deve ser mantido apenas enquanto o Mini-exame de Estado Mental estiver acima de 12 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade e acima de 8 para pacientes com menos de 4 anos de estudo, abaixo do que não existe nenhuma evidência de benefício da medicação e esta deve ser suspensa; de forma semelhante, somente deve ser mantido em tratamento pacientes com Escala CDR igual ou inferior a 2;

c) Intolerância da medicação.

### **9.3. Monitorização**

Três a quatro meses após o início do tratamento o paciente deve fazer uma reavaliação no Centro de Referência. Após este período, as reavaliações nos Centros de Referência devem ocorrer a cada 4 a 6 meses, para avaliar o benefício e a necessidade de continuidade do tratamento através de avaliação clínica e realização do Mini-exame do Estado Mental e da Escala CDR.

## 10. Consentimento Informado

É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos preconizados para o tratamento de Demência por Doença de Alzheimer, o que deverá ser formalizado por meio da assinatura do respectivo Termo de Consentimento Informado, de acordo com o medicamento utilizado, conforme o modelo integrante deste Protocolo.

## 11. Referências Bibliográficas

1. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. Da Saúde ; trad. Dorgival Caetano. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

2. Wolfson C, Wolfson DB, Asgharian M, et al. A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia. *N Engl J Med* 2001;344:1111-16

3. Heyman A, Peterson B, Fillenbaum G, Pieper C: The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD) Part XIV: demographic and clinical predictors of survival in patients with Alzheimer's disease. *Neurology* 1996;46:656–660.

4. Mayeux R e Sano M. Treatment of Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 1999;341:1670-79.

5. O'Brian JT e Ballard CG. Drugs for Alzheimer's disease. *BMJ* 2001;323:123-4

6. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984;34:939-944.

7. Nagy Z; Esiri MM; Hindley NJ; Joachim C; Morris JH; King EM; McDonald B; Litchfield S; Barnetson L; Jobst KA; Smith AD. Accuracy of clinical operational diagnostic criteria for Alzheimer's disease in relation to different pathological diagnostic protocols. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1998 Jul-Aug;9(4):219-26

8. National Institute for Clinical Excellence. Guideline on the use of Donepezil, Rivastigmine and Galantamine for the treatment of Alzheimer's disease. Technology Appraisal Guidance No. 19 – January 2001.

9. Birks J, Melzer D, Beppu H. Donepezil for mild and moderate Alzheimer's disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford: Uptodate Software.

10. Doody RS, Stevens JC, Beck C, et al. Practice parameter: Management of Dementia (an evidence-based review) – Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56:1154-66.

11. Hamdy RC. Management of Alzheimer's disease. *Clin Ver Fall* 1999:26-30.

12. Anand R, Gharabaw G, Enz A. Efficacy and safety results of the early phase studies with Exelon (ENA-713) in Alzheimer's disease: an overview. *J Drug Dev Clin Pract* 1996;8:1-8.

13. Anand R, Gharabaw G. Clinical Development of Exelon<sup>®</sup> (ENA-713): the ADENA<sup>®</sup> programme. *J Drug Dev Clin Pract* 1996;8:9-14.
14. Baladi JF, Bailey PAB, Black S, et al. Rivastigmine for Alzheimer's disease: Canadian interpretation of intermediate outcomes measures and cost implications. *Clin Ther* 2000;22:1549-61.
15. Birks J, Grimley Evans J, Iakavidou V, Tsolaki M. Rivastigmine for Alzheimer's disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford: Uptodate Software.
16. Corey-Bloom J, Anand R, Veach J, for the ENA 713 B352 Study Group. A randomized trial evaluating the efficacy and safety of ENA 713 (rivastigmine tartrate), a new acetyl cholinesterase inhibitor, in patients with mild to moderately severe Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychopharmacology* 1998;1:55-65.
17. Farlow M, Anand R, Messina J, et al. A 52-week study of the efficacy of Rivastigmine in patients with mild to moderately severe Alzheimer's disease. *Eur Neurol* 2000;44:236-41.
18. Hammad G. Rivastigmine: real hopes for clinical treatment of Alzheimer's dementia. *J Clin Research* 1999;2:103-10
19. Rösler M, Anand R, Cicin-Sain A, et al, on the behalf of the B303 Exelon Study Group. Efficacy and safety of rivastigmine in patients with Alzheimer's disease: international randomized controlled trial. *BMJ* 1999;318:633-40
20. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Dennler HJ. Effects of two-year treatment with the cholinesterase inhibitor rivastigmine on behavioral symptoms in Alzheimer's disease. *Behavioural Neurology* 1998/1999;11:211-16.
21. Raskind MA, Peskind ER, Wessel T, Yuan W and the Galantamine USA-1 Study Group. Galantamine in AD – a 6-month randomized, placebo-controlled trial with a 6-month extension. *Neurology* 2000;54:2261-8.
22. Scott LJ, Goa KL. Galantamina – Revisão da sua utilização na doença de Alzheimer. *Drugs* 2000;60(5):1095-1122.
23. Tariot PN, Solomon PR, Morris JC, et al, and the Galantamine USA-10 Study Group. A 5-month, randomized, placebo-controlled trial of galantamine in AD. *Neurology* 2000;54:2269-76.
24. Wilcock GK, Llanfeldt S, Gaens E, on behalf of the Galantamine International –1 Study Group. Efficacy and safety of galantamine in patients with mild to moderate Alzheimer's disease: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 2000;321:1-7

## Termo de Consentimento Informado

### Rivastigmina, Galantamina, Donepezil

Eu \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento \_\_\_\_\_ para o tratamento de demência por doença de Alzheimer.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido.

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

Expresso, também, minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado(a) de que os medicamentos podem trazer os seguintes benefícios:

- redução na velocidade de progressão da doença;
- melhora da memória e da atenção

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

- medicações classificadas na gestação como:
  - fator de risco C (significa que risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos): **donepezil**;
  - fator de risco B (significa que risco para o bebê é muito improvável): **galantamina e rivastigmina**;
- risco de ocorrência dos seguintes efeitos colaterais:
  - Donepezil: **freqüentes**: dor de cabeça, náuseas e diarreia; **menos freqüentes**: síncope, dor no peito, fadiga, insônia, tonturas, depressão, pesadelos, sonolência, perda do apetite, vômitos, perda de peso, aumento da freqüência urinária, espasmos musculares, artrite e dores pelo corpo;
  - Galantamina: **freqüentes**: náuseas, vômitos, diarreia; **menos freqüentes**: diminuição da freqüência de batidas do coração, desmaios, dor no peito, tontura, dor de cabeça, depressão, cansaço, insônia, sonolência, tremor, perda do apetite, emagrecimento, dor abdominal, azia e outros sinais de irritação gástrica, gases, infecções urinárias, incontinência, anemia, rinite; **raros**: são descritas as ocorrências de apatia, fibrilação atrial, bloqueio atrio-ventricular, convulsão, delírio, diverticulite, gastrite, gastroenterite, insuficiência cardíaca, aumento da glicose no sangue, pressão baixa, aumento de desejo sexual, sangue nas fezes, palpitação, boca seca, aumento de salivação, vertigem, cálculo renal, retenção urinária.
  - Rivastigmina: **freqüentes**: tonturas, dor de cabeça, náuseas, vômitos, diarreia, perda do apetite, dor abdominal; **menos freqüentes**: desmaios, pressão alta, cansaço, insônia, sonolência, confusão, depressão, ansiedade, tontura, alucinação, agressividade, azia e sintomas de irritação gástrica, prisão de ventre, gases, perda de peso, arrotos, infecções urinárias, fraqueza muscular, tremores, rinite.

Estou ciente da necessidade de comparecer às consultas periódicas conforme agendadas e a realizar os exames e avaliações solicitadas pelo médico.

Estou ciente, também, de que posso suspender este tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

O meu tratamento constará do seguinte medicamento:

donepezil

galantamina

rivastigmina

Paciente:

\_\_\_\_\_  
Documento de Identidade:

Sex Masculino ( ) Idade: \_\_\_\_\_  
o: Feminino ( )

Endereço:

\_\_\_\_\_  
Cidade: CEP: Telefone: ( )

Responsável legal (quando for o caso):

\_\_\_\_\_  
Documento de Identidade do responsável legal:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou do responsável legal

Médico Responsável: CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Endereço:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Cidade:            CEP:            Telefone: (    )  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do  
médico

Data

Obs.:

1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.
2. Este Termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e a outra será entregue ao paciente.