



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA CANABIDIOL (CBD)
COM ATÉ 0,2% DE TETRAHIDROCANABINOL (THC)



RESOLUÇÃO SS Nº 107, DE 7 DE MAIO DE 2024 - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento de epilepsias farmacoresistentes às terapias convencionais na Síndrome de Dravet e Lennox-Gastaut e no Complexo de Esclerose Tuberosa, utilizando canabidiol e dá providencias correlatas.

I - DADOS GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (Preencher em todas as solicitações)

Nome Completo do Usuário:		
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: M () F ()	CPF: _____
Raça/Cor/Etnia: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Informar Raça/Cor/Etnia:		
Peso atual (kg): _____	Altura (cm): _____	
Nome do Responsável Legal:		
Endereço: _____ nº _____		Compl.: _____
Bairro: _____	CEP: _____	Município: _____
Telefones para contato: 1ª Opção () _____ 2ª Opção () _____ 3ª Opção () _____		

II - DESCRIÇÃO DO PRODUTO - CANABIDIOL (em miligrama/dia)

Quantidade solicitada - Frascos

1º Mês 2º Mês 3º Mês 4º Mês 5º Mês 6º Mês

	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês

III - SOLICITAÇÃO DE PRIMEIRO USO - CANABIDIOL PARA FINS MEDICINAIS (Responder obrigatoriamente os campos desta seção na primeira solicitação a ser submetida à SES-SP)

CID-10: () G40.4 () Q85.1	
A. Possui diagnóstico de epilepsia refratária na: () Síndrome de Dravet () Síndrome de Lennox-Gastaut () Complexo da Esclerose Tuberosa () Não possui este diagnóstico	
B. Número de crises epilêpticas ao mês, antecedente ao uso de canabidiol.	_____ crises/mês
B1. Persistência de, ao menos, quatro crises epilêpticas ao mês, mesmo com o uso em posologia adequada, de duas ou mais medicações de primeira linha (de maneira concomitante ou não), para alcançar o controle sustentado das crises, durante pelo menos três meses?	Sim () Não ()
C. Refratariedade aos tratamentos propostos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Epilepsia do Ministério da Saúde (MS)? (Portaria Conjunta nº 17, de 21 de junho de 2018)	Sim () Não ()
C1. Uso prévio dos medicamentos com interrupção devido reações adversas e/ou outros motivos. Assinale a ordem cronológica de tratamento (1º, 2º, 3º): () Clobazam () Etossuximida () Gabapentina () Lamotrigina () Levetiracetam () Primidona () Topiramato () Vigabatrina	
C2. Os medicamentos de uso prévio (C1), foram utilizados conforme prescrição médica e orientação farmacêutica?	Sim () Não ()
C3. Diante de resposta negativa ao questionamento anterior, justifique:	
C4. Dentre os medicamentos utilizados (C1), qual foi o período mínimo de uso? (Em meses)	_____ meses
C5. Qual o plano terapêutico atual? () Clobazam () Etossuximida () Gabapentina () Lamotrigina () Levetiracetam () Primidona () Topiramato () Vigabatrina () Outros _____	
C6. Com o plano terapêutico atual (C5), foi observado melhora no número e/ou controle de crises?	Sim () Não ()
C7. Qual a proposta de meta terapêutica complementar ao canabidiol: () Clobazam () Etossuximida () Gabapentina () Lamotrigina () Levetiracetam () Primidona () Topiramato () Vigabatrina () Outros _____	
D. A dose de Canabidiol prescrita está na faixa de 5 mg/kg/dia - 25 mg/kg/dia?	Sim () Não ()



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA CANABIDIOL (CBD)
COM ATÉ 0,2% DE TETRAHIDROCANABINOL (THC)



RESOLUÇÃO SS Nº 107, DE 7 DE MAIO DE 2024 - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento de epilepsias farmacoresistentes às terapias convencionais na Síndrome de Dravet e Lennox-Gastaut e no Complexo de Esclerose Tuberosa, utilizando canabidiol e dá providências correlatas.

IV - INFORMAÇÕES PARA RENOVAÇÃO DO USO DE PRODUTOS DE CANABIDIOL PARA FINS MEDICINAIS (Responder os campos desta seção somente em casos de renovação da solicitação à SES-SP)

D. O paciente fez uso do produto de canabidiol: () Dispensado pela SES/SP () Utilização prévia por outros meios

*Em caso de resposta negativa a esta pergunta, não responder D1, D2 e D3.

D1. Diante de resposta afirmativa para a pergunta D, a frequência de crises convulsivas reduziu em pelo menos 30%, em comparação com os seis meses anteriores ao início do tratamento com canabidiol?
(Preencher apenas na 1º solicitação de renovação).

Sim () Não ()

D2. Número de crises epiléticas ao mês, após início de tratamento com canabidiol
(Preencher apenas na 1º solicitação de renovação).

_____ crises/mês

D3. Apresentou reações adversas ou intolerância ao uso do produto de canabidiol?
Em caso afirmativo, descreva: _____

Sim () Não ()

E. A dose de Canabidiol prescrita está na faixa de 5 mg/kg/dia - 25 mg/kg/dia?

Sim () Não ()

F. Qual o plano terapêutico complementar ao canabidiol: () Clobazam () Etossuximida () Gabapentina
() Lamotrigina () Levetiracetam () Primidona () Topiramato () Vigabatrina () Outros _____

V - PATOLOGIAS ASSOCIADAS (Campo obrigatório na primeira solicitação e nas renovações ou continuidades)

O indivíduo possui uma ou mais das contraindicações elencadas abaixo? () Não () Sim, quais?

- () Pacientes com histórico de dependência química a drogas de abuso;
() Gravidez;
() Lactante;
() Hipersensibilidade à algum componente da fórmula de canabidiol;
() Crianças menores de 2 (dois) anos de idade.

VI- DADOS DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE (Campo obrigatório na primeira solicitação e nas renovações ou continuidades)

Nome do estabelecimento de saúde solicitante:

Número do CNES da unidade:

VII- DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE (Campo obrigatório na primeira solicitação e nas renovações ou continuidades)

Nome do médico:

Nº CRM:

Especialidade:

E-mail (legível):

Telefones para contato: ()

Data da solicitação: ____/____/____

Assinatura:

USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO

RESULTADO DA AVALIAÇÃO

() **DEFERIDO:** Solicitação completamente preenchida, acompanhada de documentação comprobatória.

() **INDEFERIDO**

- () Solicitação fora dos critérios estabelecidos pela Resolução/Protocolo;
() Efeito Adverso, Intolerância ou outros agravos relacionados ao uso do produto;
() Ausência de resposta terapêutica adequada;
() Documentação incompleta, sem condições de conclusão;
() Ausência de documentação comprobatória;
() Documento ausente:
