



FARMÁCIA DE MINAS
ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA SOLICITAÇÃO DE
MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO

- ✓ O Sr(a). deverá providenciar todos os itens indicados na “Relação de documentos e exames para solicitação de medicamentos”.
- ✓ Observe que alguns deles devem ser preenchidos e assinados pelo seu médico:
 - Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos (LME);
 - Prescrição médica;
 - Relatório médico e/ou Formulário Específico; e
 - Termo de Conhecimento de Risco (se houver) e/ou Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (se houver).
- ✓ De posse de todos os documentos necessários, o Sr(a). ou seu representante deve dirigir-se à Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF) de sua regional de saúde, ou à farmácia de seu município.
- ✓ A SES-MG estima um prazo médio de 30 dias para avaliação de sua solicitação.
- ✓ Baixe o Aplicativo MG-App em seu celular e acompanhe a situação da análise de sua solicitação. Você também poderá acessar o Portal MG (<https://cidadao.mg.gov.br>).

ATENÇÃO: Se o Sr(a). reside em um dos municípios pertencentes à Regional de Saúde de Belo Horizonte, deverá agendar o atendimento via internet para protocolar sua solicitação de medicamentos.

**Acesse o Aplicativo MG App → Saúde → Solicitar
Medicamentos → Agendar abertura de solicitação de
medicamento especializado (Regional de BH)**

- ✓ Em caso de dúvidas, procure o farmacêutico de sua regional ou de seu município.



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

Medicamentos com restrição de idade:

Adalimumabe, Etanercepte 50mg (originador), Tocilizumabe - Idade mínima: 2 anos

Infliximabe (originador) - Idade mínima: 6 anos

Etanercepte 50mg (biossimilar), Infliximabe (biossimilar), Leflunomida - Idade mínima: 18 anos

Etanercepte 25mg - Idade mínima: 2 anos e Idade máxima: 18 anos

DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- ☐ Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto)
- ☐ Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- ☐ Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- ☐ Cópia do Comprovante de Residência

DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

→ SOLICITAÇÃO INICIAL	→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)	→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEARF	☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEARF	☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEARF
☐ Prescrição Médica	☐ Prescrição Médica	☐ Prescrição Médica
☐ Formulário Específico: Artrite Idiopática Juvenil		☐ Formulário Específico: Artrite Idiopática Juvenil

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- ☐ Proteína C Reativa (Último exame realizado)
- ☐ VHS (Último exame realizado)
- ☐ Fator Reumatoide (Para AIJ Poliarticular FR Positivo ou AIJ Poliarticular FR Negativo) (Último exame realizado)
- ☐ HLA B27 (Para Artrite relacionada à Entesite) (Último exame realizado)
- ☐ Hemograma com plaquetas (Validade 3 meses)

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

<u>Para Naproxeno, Metotrexato, Sulfassalazina, Leflunomida e Tocilizumabe</u> ☐ TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses) ☐ Creatinina (Validade 3 meses)	<u>Para Abatacepte, Adalimumabe, Etanercepte, Infliximabe e Tocilizumabe</u> ☐ Prova de Mantoux (Teste Tuberculínico-PPD) ou IGRA* *Observação: - Exames com resultado ≥ 5 mm/positivo ou pacientes que já se submeteram ao tratamento completo da tuberculose: (Último exame realizado) - Exames com resultado < 5 mm/negativo, enquanto paciente estiver em tratamento: (Validade de 1 ano)
--	--

→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO): EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME NOVO MEDICAMENTO REQUERIDO

<u>Para todos os medicamentos</u> ☐ Hemograma com plaquetas (Validade 3 meses)	<u>Para Naproxeno, Metotrexato, Sulfassalazina, Leflunomida e Tocilizumabe</u> ☐ TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses) ☐ Creatinina (Validade 3 meses)
---	--

<u>Para Abatacepte, Adalimumabe, Etanercepte, Infliximabe e Tocilizumabe</u> ☐ Prova de Mantoux (Teste Tuberculínico-PPD) ou IGRA* *Observação: - Exames com resultado ≥ 5 mm/positivo ou pacientes que já se submeteram ao tratamento completo da tuberculose: (Último exame realizado) - Exames com resultado < 5 mm/negativo, enquanto paciente estiver em tratamento: (Validade de 1 ano)
--

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Para Leflunomida: Necessário apresentar Receita de Controle Especial (branca) a cada dispensação.

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____															
2	HISTÓRIA CLÍNICA 2.1 Informar o subtipo de Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) apresentada pelo paciente: ☐ Sistêmico; ☐ AIJ oligoarticular; ☐ AIJ poliarticular com FR positivo; ☐ AIJ poliarticular com FR negativo; ☐ Artrite psoriásica; ☐ Artrite relacionada a entesite; ☐ Artrite indiferenciada. 2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (informar quais critérios de inclusão abaixo o paciente apresenta): ☐ Artrite. ☐ Febre (> 15 dias, documentada por pelo menos 3 dias na semana). ☐ Mais outra manifestação extra-articular: rash, serosite, hepatomegalia, esplenomegalia, linfonodomegalia generalizada. ☐ Uma a 4 articulações com artrite nos 6 primeiros meses de doença. ☐ Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença. ☐ Fator reumatoide positivo em 2 testes com intervalo de 3 ou mais meses. ☐ Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença (grandes e pequenas articulações). ☐ Fator reumatoide negativo. ☐ Artrite e Psoríase. ☐ Artrite e dois dos seguintes: dactilite, alteração ungueal (pequenas depressões puntiformes nas unhas ou onicólise), parente do primeiro grau com psoríase. ☐ Artrite e Entesite. ☐ Artrite ou entesite + dois dos seguintes: HLA B27 positivo, dor lombo-sacra inflamatória ou dor a dígito-pressão de sacroilíacas, início da artrite no sexo masculino, pacientes com mais de 6 anos, uveíte anterior aguda, parente de 1º grau com doença ligada ao HLAB27: espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, doença intestinal inflamatória com sacroiliíte, artrite reativa, uveíte anterior aguda. ☐ Pacientes que não preenchem critérios de inclusão de nenhum dos 6 subtipos. ☐ Pacientes que preenchem critérios para mais de um dos subtipos. 2.3 INFORMAR se o paciente apresente algum dos diagnósticos abaixo: <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>Psoríase ou história de psoríase em paciente ou parente de 1º grau.</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Artrite com início em paciente com mais de seis anos, do sexo masculino e presença de HLA-B27.</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, sacroiliíte com artrite inflamatória intestinal, síndrome de artrite reativa, uveíte anterior aguda ou história de uma dessas doenças em um parente de 1º grau.</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Presença de fator reumatoide IgM em duas ocasiões, com intervalo superior a 3 meses.</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Presença de artrite sistêmica no paciente.</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr></table>	Psoríase ou história de psoríase em paciente ou parente de 1º grau.	SIM ☐	NÃO ☐	Artrite com início em paciente com mais de seis anos, do sexo masculino e presença de HLA-B27.	SIM ☐	NÃO ☐	Espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, sacroiliíte com artrite inflamatória intestinal, síndrome de artrite reativa, uveíte anterior aguda ou história de uma dessas doenças em um parente de 1º grau.	SIM ☐	NÃO ☐	Presença de fator reumatoide IgM em duas ocasiões, com intervalo superior a 3 meses.	SIM ☐	NÃO ☐	Presença de artrite sistêmica no paciente.	SIM ☐	NÃO ☐
Psoríase ou história de psoríase em paciente ou parente de 1º grau.	SIM ☐	NÃO ☐														
Artrite com início em paciente com mais de seis anos, do sexo masculino e presença de HLA-B27.	SIM ☐	NÃO ☐														
Espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, sacroiliíte com artrite inflamatória intestinal, síndrome de artrite reativa, uveíte anterior aguda ou história de uma dessas doenças em um parente de 1º grau.	SIM ☐	NÃO ☐														
Presença de fator reumatoide IgM em duas ocasiões, com intervalo superior a 3 meses.	SIM ☐	NÃO ☐														
Presença de artrite sistêmica no paciente.	SIM ☐	NÃO ☐														
	2.4 Para AIJ OLIGOARTICULAR: presença de contratura? ☐ SIM ☐ NÃO															



3	INFORMAR se o paciente apresenta alguma das condições abaixo:	
	Sangramento gastrointestinal não controlado	SIM ☐ NÃO ☐
	Infecção ativa	SIM ☐ NÃO ☐
	Infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos	SIM ☐ NÃO ☐
	Infecção fúngica ameaçadora à vida	SIM ☐ NÃO ☐
	Infecção por herpes-zoster ativa	SIM ☐ NÃO ☐
	Hepatite B aguda	SIM ☐ NÃO ☐
	Hepatite C aguda	SIM ☐ NÃO ☐
	Gestante	SIM ☐ NÃO ☐
	Lactante	SIM ☐ NÃO ☐
	Porfiria	SIM ☐ NÃO ☐
	Hipertensão arterial sistêmica grave não controlada	SIM ☐ NÃO ☐
	Cistite hemorrágica	SIM ☐ NÃO ☐
	Neoplasia nos últimos cinco anos	SIM ☐ NÃO ☐
	Insuficiência cardíaca congestiva classe III ou IV	SIM ☐ NÃO ☐
	Doença neurológica desmielinizante	SIM ☐ NÃO ☐
	Esclerose múltipla	SIM ☐ NÃO ☐
Risco iminente de perfuração intestinal	SIM ☐ NÃO ☐	
PARA SOLICITAÇÕES DE LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, SULFASSALAZINA E/OU CICLOSPORINA: Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose sem tratamento (ativa ou latente): SIM ☐ NÃO ☐ Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso destes medicamentos.		
4	INFORMAR TODOS OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS (Detalhar tempo de uso, falha terapêutica, intolerância e contraindicações): _____ _____ _____	
5	INFORMAR O JADAS CLÍNICO DO(A) PACIENTE para inclusão/troca de medicamentos biológicos (apenas para AIJ oligoarticular e poliarticular): cJADAS: _____	
6	PARA SOLICITAÇÕES DE MMCDbio, CASO NÃO TENHA SIDO POSSÍVEL REALIZAR A PROVA TUBERCULÍNICA (PT)/IGRA E/OU JÁ TENHA REALIZADO TRATAMENTO COMPLETO PARA TUBERCULOSE (TB) ATIVA OU TRATAMENTO DE INFECÇÃO LATENTE PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (ILTb), RELATAR: _____ _____	
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico	



Sistema Único de Saúde

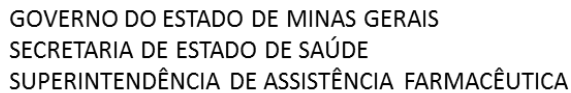
Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)****SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)****CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE**

1- Número do CNES		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante					
3- Nome completo do Paciente*		5- Peso do paciente* kg				6- Altura do paciente* cm	
4- Nome da Mãe do Paciente*							
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
11- Anamnese*							
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*							
☐ NÃO ☐ SIM. Relatar:							
13- Atestado de capacidade*							
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz? ☐ NÃO ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento Nome do responsável							
14- Nome do médico solicitante*				17- Assinatura e carimbo do médico*			
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*				16- Data da solicitação*			
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante							
☐ Outro, informar nome: _____ e CPF _____							
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*				20- Telefone(s) para contato do paciente			
☐ Branca ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: _____ ☐ Parda							
21- Número do documento do paciente				23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*			
☐ CPF ou ☐ CNS							
22- Correio eletrônico do paciente							

***CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**



CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO PROFISSIONAL NA FARMÁCIA (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)	
UNIDADE SOLICITANTE (CAF OU MUNICÍPIO):	CAF DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO (SE HOUVER):
NOME CIVIL COMPLETO DO(A) PACIENTE SOLICITANTE:	
NOME SOCIAL COMPLETO DO(A) PACIENTE SOLICITANTE:	
CPF:	TELEFONE(S) PARA CONTATO:
MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S):	
DATA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS: _____ / _____ / _____	
NÚMERO DO PROCESSO SEI: (OBSERVAÇÃO: PARA PACIENTES JÁ CADASTRADOS NO PROGRAMA, OS NOVOS DOCUMENTOS APRESENTADOS DEVEM SER SEMPRE INSERIDOS NO PROCESSO SEI EXISTENTE, CASO REFERENTES À MESMA CONDIÇÃO CLÍNICA/CHECKLIST)	
NÚMERO DO PROCESSO SIGAF:	
OBSERVAÇÕES:	
NOME LEGÍVEL DO(A) PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ABERTURA DO REQUERIMENTO DE MEDICAMENTOS DO CEAF	

Eu _____ declaro que li e concordo com todas as informações apresentadas no Termo de Adesão sobre a solicitação de medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica.

ASSINATURA DO(A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL



TERMO DE ADESÃO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO CEAF

Esse documento tem por objetivo registrar a entrega dos documentos para a solicitação de medicamentos e traz algumas informações úteis ao paciente

O que esse documento indica?

Que seu pedido por um medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica foi registrado.

Quais são os próximos passos?

Seus documentos serão analisados pela equipe de analistas da Secretaria de Saúde de Minas Gerais com base no definido em regras estaduais e federais (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, Portarias e Resoluções Estaduais).

Após isso, um documento será produzido com a resposta ao seu pedido, que poderá ser:

- **DEFERIDO:** não existiam erros no seu pedido e por isso ele foi aceito. Será possível iniciar o tratamento, desde que tenha disponibilidade do medicamento na farmácia.
- **DEVOLVIDO:** faltam exames, documentos ou informações no seu pedido e por isso ele precisa ser completado. É preciso que os documentos faltantes sejam entregues em até 90 dias.
- **INDEFERIDO:** seu pedido não obedece às regras estaduais e federais para conseguir o medicamento. Veja o motivo do indeferimento na resposta e leve o documento ao médico.

Como saber o resultado do meu pedido?

Você pode descobrir o resultado pelo MG APP. Para isso, faça o cadastro no aplicativo, acesse o menu, em seguida vá em “Saúde”, depois “Consulta do Andamento da Solicitação de Medicamentos”. Então insira seus dados e selecione o medicamento que gostaria de consultar.

E em caso de dúvidas?

Em caso de dúvidas, acesse a página www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentosceaf.

Se o pedido for DEFERIDO, o que mais preciso saber?

- A cada 180 dias (6 meses) é necessário entregar novo Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamentos (LME) e nova receita médica para garantir a continuidade do tratamento;
- Caso o pedido pelo medicamento precise de reavaliação periódica, é necessário entregar novas documentações (LME, receita médica e outros documentos) à farmácia, de tempos em tempos, para continuidade do tratamento. Caso os novos documentos não sejam entregues, o fornecimento do medicamento poderá ser interrompido;
- Para medicamentos sujeitos a controle especial, será necessário entregar nova receita médica mensalmente;
- Caso o medicamento não seja retirado por 6 meses contínuos, sem uma explicação médica anterior a paralisação, será considerado que houve interrupção ou abandono de tratamento e o pedido será INATIVADO. Nesses casos, para conseguir novamente o medicamento, o paciente deverá fazer um novo pedido;
- Caso o tratamento precise ser paralisado por questões médicas, é necessário entregar relatório médico com o motivo da suspensão antes da próxima data de retirada do medicamento. Além disso, quando for necessário reiniciar o tratamento, será preciso entregar nova LME e receita médica;
- Caso o paciente não possa comparecer à farmácia para retirar o medicamento, deverá indicar os representantes por meio da Declaração Autorizadora.

Todos os documentos relativos às solicitações de medicamento(s), uma vez feito o pedido, passam a pertencer à Secretaria Estadual de Saúde. Caso necessário, o usuário/representante poderá solicitar cópias deles.

REGISTRO DA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO

Nome civil do paciente:			
Nome social do paciente:			
Data da solicitação:	/	/	Nº do Processo SIGAF:
Medicamentos solicitados:			
Observações:			
Assinatura do(a) profissional responsável pelo recebimento da solicitação			