



**FARMÁCIA DE MINAS**  
**ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA SOLICITAÇÃO DE**  
**IMUNOGLOBULINA HUMANA PARA SIM-P**

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



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

### SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA (SIM-P)

Idade máxima: 19 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

#### → SOLICITAÇÃO INICIAL

- LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- Prescrição Médica
- Ficha de notificação de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) temporamente associada à COVID-19 (que também deverá ser preenchido de forma eletrônica no RedCap)

#### EXAMES

##### → SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- A critério médico

#### OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

\_\_\_\_\_  
NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





## ANEXO I

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA CASOS DA SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA (SIM-P)  
TEMPORALMENTE ASSOCIADA À COVID-19**  
(formulário online <https://redcap.link/simpCovid>)

Este formulário deverá ser preenchido por profissional de saúde e deve sempre estar acompanhado de documentos do indivíduo exposto e de informações do contato exposição a casos suspeito ou confirmado de Coronavírus.

Número de notificação no RedCap

DEFINIÇÃO DE CASO *estão descritas no item 2 da NT conjunta*

### Identificação da notificação

UF de Notificação: \_\_\_\_\_ Município de notificação: \_\_\_\_\_

Nome da Unidade de Notificação: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_ Data da Notificação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do profissional: \_\_\_\_\_

Telefone de contato do profissional / unidade notificante: \_\_\_\_\_

E-mail de contato do profissional / unidade notificante: \_\_\_\_\_

### Identificação do caso ou óbito

Nome civil do paciente: \_\_\_\_\_

Nome social do paciente: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome do(a) Responsável: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Nº do CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nº do Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Se sexo feminino, está gestante? ( ) sim ( ) não ( ) não sabe ( ) não se aplica

Se sim, período gestacional: ( ) 1º trimestre ( ) 2º trimestre ( ) 3º trimestre ( ) ignorado

Raça/cor: ( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarela ( ) indígena ( ) não declarado

Se indígena, qual etnia? \_\_\_\_\_

#### Endereço de residência

Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Identificação da hospitalização

Data internação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Qual a principal hipótese diagnóstica no momento da internação? \_\_\_\_\_

Internação em UTI? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, data de entrada na UTI: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ data de alta da UTI: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Crítérios atendidos

Quais critérios da definição de caso encontram-se presentes?

( ) Febre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  e  $\geq 3$  dias Data de início da febre: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação muco-cutânea (oral, mãos ou pés)

( ) Hipotensão arterial ou choque

( ) Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias

( ) Evidência de coagulopatia

( ) Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal)

( ) Marcadores de inflamação elevados

( ) Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa

( ) Evidência de COVID-19 ou história de contato próximo com caso de COVID-19



### Sinais/sintomas e achados clínicos

Data de início dos sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ cm

Quais sinais e sintomas foram percebidos?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alterações na cor da pele (ex. palidez, cianose) | <input type="checkbox"/> Dispneia                            | <input type="checkbox"/> Irritabilidade                                      |
| <input type="checkbox"/> Cefaleia   | <input type="checkbox"/> Dor à deglutição                    | <input type="checkbox"/> Letargia  |
| <input type="checkbox"/> Confusão mental                                  | <input type="checkbox"/> Dor de garganta                     | <input type="checkbox"/> Linfadenopatia                                      |
| <input type="checkbox"/> Conjuntivite                                     | <input type="checkbox"/> Dor no peito                        | <input type="checkbox"/> Náusea / Vômitos                                    |
| <input type="checkbox"/> Coriza   | <input type="checkbox"/> Dores abdominais                    | <input type="checkbox"/> Mialgia   |
| <input type="checkbox"/> Diarreia   | <input type="checkbox"/> Edema cervical                      | <input type="checkbox"/> Manchas vermelhas pelo corpo (exantema, rash, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Oligúria (<2ml/kg/hr)                            | <input type="checkbox"/> Edema de mãos e pés                 | <input type="checkbox"/> outros, especificar: _____                          |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia                                      | <input type="checkbox"/> Tosse                               |  |
|   | <input type="checkbox"/> Sat.O <sub>2</sub> <95% ar ambiente |  |

### Complicações apresentadas:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não houve complicação                                | <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio                   | <input type="checkbox"/> Pneumonia                  |
| <input type="checkbox"/> Convulsões   | <input type="checkbox"/> Insuficiência renal aguda              | <input type="checkbox"/> Sepsis                     |
| <input type="checkbox"/> Edema Agudo Pulmonar                                 | <input type="checkbox"/> Necessidade de ventilação invasiva     | <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Evento tromboembólico                                | <input type="checkbox"/> Necessidade de ventilação não invasiva |   |
| <input type="checkbox"/> Falência de outros órgãos                            | <input type="checkbox"/> Necessidade de troca plasmática        |   |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial                                 |   |   |
| <input type="checkbox"/> Hipotensão – necessidade de uso de drogas vasoativas |   |   |

### Antecedentes clínico-epidemiológicos

#### Doença ou condição pré-existente:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Não apresenta  | <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Imunossuprimido   |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia. <b>Se sim:</b><br>( ) congênita ou ( ) adquirida.   | <input type="checkbox"/> Dislipidemia  | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial  |
| <b>Se congênita:</b><br>( ) acianogênica ou<br>( ) cianogênica.   | <input type="checkbox"/> Desnutrição   | <input type="checkbox"/> Hipertensão pulmonar  |
| <b>Se adquirida:</b><br>( ) insuficiência cardíaca;<br>( ) febre reumática;<br>( ) miocardite;<br>( ) pericardite; ou<br>( ) arritmia | <input type="checkbox"/> Doença hematológica<br><input type="checkbox"/> Doença neurológica<br><input type="checkbox"/> Doença reumatológica<br><input type="checkbox"/> Doença oncológica | <input type="checkbox"/> Nefropatia<br><input type="checkbox"/> Pneumopatia<br><input type="checkbox"/> Síndrome genética<br><input type="checkbox"/> Outras. Quais? _____ |

Faz uso de medicação diária? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu

Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_

Se não, fez uso de algum medicamento nos 30 dias antes do início dos sintomas? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu

Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_

Recebeu vacina COVID-19? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu

Primeira dose (ou dose única): ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu

Fabricante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Segunda dose: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu

Fabricante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dose de reforço ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu

Fabricante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Recebeu alguma vacina nos 60 dias antes do início dos sintomas? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu

Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_

Já teve diagnóstico prévio de Síndrome de Kawasaki? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu

Se sim, quando? \_\_\_\_\_

Fez ou Faz algum acompanhamento/tratamento? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu

Teve contato com algum caso suspeito ou confirmado para COVID-19?

( ) sim ( ) não ( ) Não sabe/Não respondeu Se sim, data da última exposição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome completo do caso fonte\contato (suspeito ou confirmado) de Coronavírus

Número de notificação no e-SUS notifica ou SIVEP Gripe do contato: \_\_\_\_\_

### Resultados de Exames

Marcadores de inflamação, coagulopatia ou disfunção orgânica:

**Hemoglobina (g/L):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Leucócitos totais (x10<sup>9</sup>/L):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Neutrófilos (x10<sup>9</sup>/L):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Linfócitos (x10<sup>9</sup>/L):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Hematócrito (%):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Plaquetas (x10<sup>9</sup>/L):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**TTPTa:** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**IL-6 (pg/mL):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Creatinina (µmol/L):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Sódio (mmol/L):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Potássio (mmol/L):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Ureia (mmol/L):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**NT Pro-BNP (pg/mL):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**BNP (pg/mL):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Troponina (ng/mL):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**TP:** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Fibrinogênio (g/L):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Procalcitonina (ng/mL):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Proteína C reativa (mg/dL):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**VHS (mm/h):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Dímero-D (mg/L):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**CKMB (U/L):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**DHL (U/L):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Triglicérides:** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**TGO (U/L):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**TGP (U/L):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Albumina (g/dL):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Lactato (mmol/L):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Ferritina (µg/mL):** \_\_\_\_\_

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Hemocultura?** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_



**Realizou exame de imagens?** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado. Se sim, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Qual(is) exame(s) de imagem?

( ) Radiografia do Tórax Resultado: ( ) Imagem de vidro fosco  
( ) Tomografia do Tórax ( ) Infiltrado ( ) Condensação  
( ) Derrame Pleural ( ) Outros. \_\_\_\_\_

( ) Ultrassonografia de abdome - Resultado:  
( ) Hepatomegalia ( ) Ileíte ( ) Outros. \_\_\_\_\_  
( ) Eplenomegalia ( ) Linfadenite  
( ) Colite ( ) Ascite

( ) Ecocardiografia - Resultado:  
( ) Sinais de disfunção miocárdica ( ) Anormalidades coronarianas  
( ) Sinais de pericardite ( ) Outros. \_\_\_\_\_  
( ) Sinais de valvulite

**Realizou eletrocardiograma?** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado. Resultado: \_\_\_\_\_

Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para COVID-19? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado. Se sim, qual(is)?

**RT-PCR:** ( ) Sim ( ) Não Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Material de coleta:

( ) swab nasofaringe ( ) secreção traqueal ( ) Outros, especificar \_\_\_\_\_

Resultado da coleta:

( ) Detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19) Se detectável para outros agentes infecciosos,  
( ) Não detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19) quais? \_\_\_\_\_  
( ) Indeterminado para SARS-CoV-2 (COVID-19) ( ) Ignorado  
( ) Detectável para outros agentes infecciosos

**Sorologia/Teste Rápido para SARS-CoV-2:** ( ) Sim ( ) Não

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Método de sorologia: ( ) Teste rápido ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Resultado:

( ) Reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) ( ) Inconclusivo para SARS-CoV-2 (COVID-19)  
( ) Não reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) ( ) Ignorado

**Teste rápido de Antígeno (TR-AG):** ( ) Sim ( ) Não

Resultado:

( ) Reagente para SARS-CoV-2 (COVID -19) ( ) Inconclusivo para SARS-CoV-2 (COVID -19)  
( ) Não reagente para SARS-CoV-2 (COVID -19) ( ) Ignorado

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para outra(s) etiologia(s) além de COVID- 19?

( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado Se sim, quais? \_\_\_\_\_  
(Descrever etiologias, data de coleta, técnica de análise e resultado).

### Tratamento

Em algum momento da internação utilizou alguma das terapêuticas abaixo?

**Antivírico?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, qual(is)?

[ ] Ribavirina [ ] Lopinavir ou Ritonavir [ ] Tocilizumabe [ ] Ivermectina [ ] Remdesivir  
[ ] Outros \_\_\_\_\_

**Corticoesteróide?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

**Imunoglobulina intravenosa?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, data de início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Dose diária: \_\_\_\_\_ (incluir unidade); duração (em dias): \_\_\_\_\_

**Anticoagulação sistêmica?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, data de início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dose diária: \_\_\_\_\_ (incluir unidade); duração (em dias): \_\_\_\_\_

**Outra(s)?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, qual(is)?

\_\_\_\_\_



### Variáveis de encerramento

#### Diagnóstico médico final:

- ( ) SIM-P      ( ) Kawasaki      ( ) Kawasaki atípica  
( ) Síndrome do Choque Tóxico      ( ) Outro, especifique: \_\_\_\_\_

**Evolução:** ( ) Alta hospitalar

Se alta: ( ) sem sequelas ( ) com sequelas.

Qual/quais? \_\_\_\_\_

( ) Óbito

Data da evolução: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Classificação do caso – Para uso exclusivo da Vigilância Epidemiológica

- ( ) Em investigação  
( ) SIM-P temporalmente associada à COVID-19  
( ) Descartado – não atende aos critérios  
( ) Descartado\* – outro diagnóstico \_\_\_\_\_

\*atende aos critérios, mas foi confirmado para outro diagnóstico

( ) SIM-A temporalmente associada à COVID-19 (Adultos)

\*atende aos critérios, porém fora da faixa etária preconizada

Critério de confirmação: ( ) Laboratorial ( ) Clínico-epidemiológico

#### INFORMAÇÕES SOBRE O SOLICITANTE

Nome do profissional que encaminha: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Nome da unidade de saúde que encaminha \_\_\_\_\_

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

E-mail: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e hora do preenchimento do formulário: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : \_\_\_ hs

#### AUTORIZAÇÃO: Uso exclusivo do Cievs – MG ou CIEVS BH

Nome completo: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Autorizado: ( ) Sim Não ( )

Quantidade liberada: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_



## 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 CRIES _____		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante _____					
3- Nome completo do Paciente* _____				5- Peso do paciente* _____ kg			
4- Nome da Mãe do Paciente* _____				6- Altura do paciente* _____ cm			
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?*							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar: _____							
<b>13- Atestado de capacidade*</b>							
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?							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____							
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*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante							
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____							
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*						20- Telefone(s) para contato do paciente _____	
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda							
21- Número do documento do paciente _____						23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____	
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS _____							
22- Correio eletrônico do paciente _____							

\*CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



## REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO(S) DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO PROFISSIONAL NA FARMÁCIA (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)	
UNIDADE SOLICITANTE (CAF OU MUNICÍPIO):	CAF DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO (SE HOVER):
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	

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO USUÁRIO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)
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](http://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			