



FARMÁCIA DE MINAS

ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA SOLICITAÇÃO DE ECULIZUMABE PELO 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 Formulário Específico;
 - Questionários; e
 - Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.
- ✓ Os documentos necessários poderão ser entregues na Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF) de sua regional de saúde, na farmácia de seu município ou no Centro de Referência.

ATENÇÃO: Se o Sr(a). reside em um dos municípios pertencentes à Regional de Saúde de Belo Horizonte, deverá agendar para entregar os documentos e protocolar sua solicitação.

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

- ✓ A equipe do Centro de Referência fará o atendimento e acompanhamento do(a) paciente para a liberação e aplicação do medicamento.
- ✓ A SES-MG estima um prazo médio de 30 dias para avaliação de sua solicitação.
- ✓ Acompanhe a situação da análise de sua solicitação acessando o Portal MG (<https://cidadao.mg.gov.br>), ou por meio do aplicativo MG-App em seu celular.
- ✓ Em caso de dúvidas, procure o farmacêutico de sua regional ou de seu município.



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

HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA (HPN)

Medicamentos com restrição de idade:

Eculizumabe - Idade mínima: 14 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

- LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- Prescrição Médica**
- Formulário Específico:** Hemoglobinúria Paroxística Noturna - Solicitação Inicial
- Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida do paciente nos últimos 6 meses**
- Questionário de Avaliação da História clínica recente do paciente nos últimos 3 meses**
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**

→ RENOVAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

- LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- Prescrição Médica**
- Formulário Específico:** Hemoglobinúria Paroxística Noturna - Monitoramento do Tratamento
- Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida do paciente nos últimos 6 meses**
- Questionário de Avaliação da História clínica recente do paciente nos últimos 3 meses**

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Cópia do laudo comprobatório do diagnóstico de HPN por Citometria de fluxo (Validade 12 meses ou anterior ao uso de eculizumabe, caso o paciente já esteja em uso do medicamento)
- Lactato desidrogenase (LDH) (Validade 3 meses)
- Teste direto de antiglobulina (Coombs direto) (Validade 6 meses)
- Hemograma completo e reticulócitos (Validade 3 meses)
- Índice de Saturação de Transferrina (IST) (Validade 6 meses)
- Ferritina sérica (Validade 6 meses)
- Ureia (Validade 6 meses)
- Creatinina (Validade 6 meses)
- Outros conforme item 4 do Formulário Específico
- Comprovante de vacina meningocócica conjugada tetravalente sorotipos ACWY (Reforço a cada 5 anos)

→ MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

- Cópia do laudo da Citometria de fluxo (A cada 12 meses; Validade 12 meses)
- Lactato desidrogenase (LDH) (Validade 3 meses)
- Teste direto de antiglobulina (Coombs direto) (Validade 6 meses)
- Hemograma completo e reticulócitos (Validade 3 meses)
- Índice de Saturação de Transferrina (IST) (Validade 6 meses)
- Ferritina sérica (Validade 6 meses)
- Ureia (Validade 6 meses)
- Creatinina (Validade 6 meses)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:**LOCAL:**

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA (HPN) SOLICITAÇÃO INICIAL

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ IDADE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	O PACIENTE JÁ FAZ USO DE ECULIZUMABE? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar a data inicial de uso (mês/ano): _____ / _____
3	O PACIENTE REALIZA TRANSFUSÕES SANGUÍNEAS? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Citar a frequência nos últimos 6 (seis) meses _____
4	O PACIENTE APRESENTA ALGUMA(S) DAS MANIFESTAÇÕES ABAIXO RELACIONADAS A HPN? 4.1 Histórico de evento tromboembólico com necessidade de anticoagulação terapêutica? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. <u>Anexar exame comprobatório</u> 4.2 Anemia crônica demonstrada por mais de uma medida de hemoglobina <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. <u>Anexar no mínimo dois exames de Hemoglobina, com datas distintas, para comprovação</u> 4.3 Hipertensão arterial pulmonar <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. <u>Anexar laudo do ecocardiograma com PSAP > 35 para comprovação</u> 4.4 História de insuficiência renal <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. <u>Anexar exame de taxa de filtração glomerular (TFG) para comprovação (validade 3 meses)</u> 4.5 Gestante <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. <u>Anexar β-HCG para comprovação</u>
5	O PACIENTE APRESENTA OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DEFINIDOS NO PCDT PARA UTILIZAÇÃO DE ECULIZUMABE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO. Justifique. _____ _____
6	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: _____ / _____ / _____ Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico Hematologista</p>



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA (HPN) MONITORAMENTO DO TRATAMENTO

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ IDADE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO COM ECULIZUMABE (mês/ano): _____ / _____
3	O PACIENTE REALIZOU TRANSFUÇÕES SANGUÍNEAS NOS ÚLTIMOS 6 (SEIS) MESES? [] NÃO [] SIM. Citar a frequência nos últimos 6 (seis) meses _____ _____
4	EFETIVIDADE CLÍNICA: O TRATAMENTO COM ECULIZUMABE PRODUZIU OS BENEFÍCIOS PRIMÁRIOS ESTABELECIDOS NO PCDT? 4.1 Independência transfusional em um período de 6 meses após a primeira dose e no máximo três transfusões ao ano após esse período [] SIM [] NÃO 4.2- Redução da hemólise, evidenciada por LDH < 1,5 vezes o limite superior de referência 3 meses a partir da primeira dose do medicamento [] SIM [] NÃO
5	SEGURANÇA CLÍNICA: APÓS 3 (TRÊS) MESES DE TRATAMENTO COM ECULIZUMABE, O PACIENTE APRESENTOU EVENTO(S) TROMBOEMBÓLICO(S)? [] SIM [] NÃO
6	APÓS EXAMES E MONITORAMENTO CLÍNICO, O PACIENTE APRESENTA OS CRITÉRIOS PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO COM ECULIZUMABE DE ACORDO COM O PCDT? [] SIM [] NÃO. Justifique: _____ _____
5	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: _____ / _____ / _____ Assinatura e carimbo: _____ Médico Hematologista



APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA

HISTÓRIA CLÍNICA RECENTE – HPN

População de pacientes com maior risco de HPN

- Teste Coombs negativo, especialmente em pacientes com deficiência de íons, ou SIM NÃO
- Hemoglobinúria (ou hematúria), ou SIM NÃO
- Anemia aplástica, ou SIM NÃO
- AR SMD Anemia Refratária - Síndromes Mielodisplásicas, ou SIM NÃO
- Trombose não explicada, ou SIM NÃO
- Citopenia não explicada SIM NÃO

Qualquer evidência de hemólise (intervalos de referência incluídos nos parênteses)

- LDH \geq 1,5 vezes o limite superior (105-133 IU/L), ou IU/L
- Baixos níveis de haptoglobina (41-165 mg/dL), ou mg/dL
- Contagem elevada de reticulócitos (0,5-1,5%), ou %
- Bilirrubina elevada (0-0,3 mg/dL) mg/dL

Quaisquer sinais de disfunção renal (intervalos de referência incluídos nos parênteses)

- Proteinúria (\leq 30 mg albumina/g creatinina), ou mg/g
- Baixa TFGe (90-120 mL/min/1,73 m²), ou mL/min/1,73 m²
- Creatinina sérica elevada (mulheres: 0,6-1,1 mg/dL; homens: 0,7-1,3 mg/dL) mg/dL

Evidência de comorbidades de HPN (intervalos de referência incluídos nos parênteses)

- Baixa contagem de plaquetas (100.000-400-000/ μ L), ou / μ L
- Dímero D elevado (\leq 250 ng/mL), ou ng/mL
- NT-próBNP elevado (valores de referência variam com sexo e idade), ou pg/mL
- Pressão arterial pulmonar elevada ($>$ 25 mmHg) mm/Hg

Outros sintomas associados com HPN que devem elevar o grau de suspeita

- Dor abdominal SIM NÃO
- Dor no peito SIM NÃO
- Dispnéia SIM NÃO
- Cansaço SIM NÃO
- Qualidade de vida prejudicada SIM NÃO
- Anemia SIM NÃO
- Disfagia SIM NÃO



APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

FACIT-F (Versão 4)

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

	<u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitis- simo
Hi 7	Sinto-me fatigado/a	0	1	2	3	4
Hi 12	Sinto fraqueza generalizada	0	1	2	3	4
An 1	Sinto-me sem forças (sem vontade para nada)	0	1	2	3	4
An 2	Sinto-me cansado/a	0	1	2	3	4
An 3	Tenho dificuldade em <u>começar</u> as coisas porque estou cansado/a	0	1	2	3	4
An 4	Tenho dificuldade em <u>acabar</u> as coisas porque estou cansado/a	0	1	2	3	4
An 5	Tenho energia	0	1	2	3	4
An 7	Sou capaz de fazer as minhas atividades habituais	0	1	2	3	4
An 8	Preciso (de) dormir durante o dia	0	1	2	3	4
An 12	Estou cansado/a demais para comer	0	1	2	3	4
An 14	Preciso de ajuda para fazer as minhas atividades habituais	0	1	2	3	4
An 15	Estou frustrado/a por estar cansado/a demais para fazer as coisas que quero	0	1	2	3	4
An 16	Tenho que limitar as minhas atividades sociais por estar cansado/a	0	1	2	3	4



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

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?*

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* _____

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* _____

16- Data da solicitação* _____

17- Assinatura e carimbo do médico* _____

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*

Branca Amarela

Preta Indígena. Informar Etnia: _____

Parda Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente _____

21- Número do documento do paciente _____

CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

*CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE ECULIZUMABE

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do eculizumabe, indicadas para o tratamento de Hemoglobinúria Paroxística Noturna.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- Pode bloquear a ação do complemento, a resposta inflamatória do organismo e a sua capacidade de atacar e destruir as próprias células sanguíneas vulneráveis (células HPN).

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

Frequentes: podem afetar até 1 em 10 pessoas

- infecção grave (sepse meningocócica), bronquite, infecção por fungos (infecção por *Aspergillus*), infecção nas articulações (artrite bacteriana), nasofaringite, lesões de pele (herpes simplex), infecção do trato urinário, infecção viral;
- número relativamente pequeno de plaquetas no sangue (trombocitopenia), contagem de glóbulos brancos baixa (leucopenia), destruição dos glóbulos vermelhos (hemólise), pressão arterial baixa;
- reação alérgica grave que causa dificuldade em respirar ou tonturas (reação anafilática);
- perda do apetite;
- tonturas, alterações do paladar (disgeusia);
- infecção do trato respiratório superior, tosse, nariz entupido (congestão nasal), irritação ou dor na garganta (dor faringolaríngea), corrimento nasal (rinorreia), dispneia (dificuldade em respirar);
- diarreia, vômitos, náusea, dor abdominal, prisão de ventre, desconforto no estômago após as refeições (dispepsia);
- erupção na pele, perda de cabelo (alopecia), pele com comichão (prurido);
- dor nos membros ou articulações (braços e pernas), dores musculares, câimbras musculares, dor nas costas e de pescoço;
- inchaço (edema), desconforto no peito, febre (pirexia), arrepios, sensação de cansaço (fadiga), sensação de fraqueza (astenia), sintomas do tipo gripal.

Pouco frequentes: podem afetar até 1 em 100 pessoas:

- sepse, choque séptico, infecção nas meninges (meningite meningocócica), infecção nos pulmões (pneumonia), gastroenterite (infecção gastrointestinal), cistite, infecção do trato respiratório inferior;
- infecção fúngica, acúmulo de pus (abscesso), tipo de infecção da pele (celulite), gripe, infecção das gengivas, sinusite, infecção nos dentes, impetigo;
- tumor de pele (melanoma), alterações da medula óssea;
- coagulação anormal do sangue, aglutinação de células, fator de coagulação anormal, redução nos glóbulos vermelhos (pele pálida, fraqueza e falta de ar), valor baixo de linfócitos, um tipo de glóbulos brancos (linfopenia), sentir os batimentos do coração (palpitações);
- hipersensibilidade;
- doença relacionada com a hiperatividade da tireoide (Doença de Basedow-Graves);
- apetite reduzido;
- depressão, ansiedade, incapacidade de dormir, alterações do sono, pesadelos, alterações bruscas de humor;
- desmaio, tremores, formigamento em parte do corpo (parestesia);
- visão desfocada, irritação dos olhos;
- zumbido nos ouvidos, vertigens;
- pressão arterial elevada, desenvolvimento súbito e rápido de pressão arterial extremamente elevada, equimose (manchas escuras na pele), fogacho (calores), alterações nas veias;
- hemorragia nasal;
- inflamação no peritônio (o tecido que reveste a maioria dos órgãos no abdômen), refluxo dos alimentos do estômago, dor nas gengivas, distensão abdominal;

- pele ou olhos amarelados (icterícia);
- urticária, inflamação da pele, vermelhidão da pele, pele seca, púrpura (pequenos pontos avermelhados na pele), alterações da cor da pele, transpiração aumentada;
- espasmo do músculo da boca, inchaço das articulações;
- alterações renais, sangue na urina, dificuldade ou dor ao urinar (disúria);
- alterações menstruais, ereção espontânea;
- dor no peito, dor no local da infusão, extravazamento do medicamento administrado para fora da veia, sensação de calor;
- aumento das enzimas do fígado, diminuição da proporção do volume do sangue que é ocupado pelos glóbulos vermelhos, diminuição na proteína dos glóbulos vermelhos que transporta o oxigênio (hemoglobina);
- reação relacionada com a infusão.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
 _____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
 _____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____		



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 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	

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 ECLIZUMABE

Esse documento tem por objetivo registrar a entrega dos documentos para a solicitação de Eculizumabe 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?

Para acesso ao medicamento, o(a) paciente deverá ser avaliado(a) e acompanhado(a) por equipe especializada do Centro de Referência. A equipe do hospital fará contato com o paciente ou responsável para agendar uma consulta em seus respectivos Ambulatórios para avaliação.

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 aplicação do medicamento ocorrerá no Centro de Referência;
- 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;
- Para a reavaliação periódica, novas documentações (LME, receita médica e outros documentos) deverão ser acrescentadas ao pedido inicial pelo Centro de Referência, 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.

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			