



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 ≥ 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 ₂ <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. Se sim:
() congênita ou () adquirida. | <input type="checkbox"/> Dislipidemia | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial |
| Se congênita:
() acianogênica ou
() cianogênica. | <input type="checkbox"/> Desnutrição | <input type="checkbox"/> Hipertensão pulmonar |
| Se adquirida:
() insuficiência cardíaca;
() febre reumática;
() miocardite;
() pericardite; ou
() arritmia | <input type="checkbox"/> Doença hematológica
<input type="checkbox"/> Doença neurológica
<input type="checkbox"/> Doença reumatológica
<input type="checkbox"/> Doença oncológica | <input type="checkbox"/> Nefropatia
<input type="checkbox"/> Pneumopatia
<input type="checkbox"/> Síndrome genética
<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 (x10⁹/L): _____

() normal () alterado () não realizou

Neutrófilos (x10⁹/L): _____

() normal () alterado () não realizou

Linfócitos (x10⁹/L): _____

() normal () alterado () não realizou

Hematócrito (%): _____

() normal () alterado () não realizou

Plaquetas (x10⁹/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 () Iléite () 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*				6- Altura do paciente*	
		kg				cm	
4- Nome da Mãe do Paciente*		8- Quantidade solicitada*					
7- Medicamento(s)*		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:							
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?							
<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 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 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			