



## **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 PSORÍACA

#### Medicamentos com restrição de idade:

**Certolizumabe Pegol, Etanercepte 50mg (biossimilar), Golimumabe, Infliximabe (biossimilar), Secuquinumabe, Tofacitinibe** - Idade mínima: 18 anos

**Etanercepte 25mg** - 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)
<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
<input type="checkbox"/> Prescrição Médica	<input type="checkbox"/> Prescrição Médica	<input type="checkbox"/> Prescrição Médica
<input type="checkbox"/> Formulário Específico: Artrite Psoríaca		<input type="checkbox"/> Formulário Específico: Artrite Psoríaca

#### → EXAMES SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Proteína C Reativa ou VHS (Validade 3 meses)
- Fator Reumatoide (Último exame realizado)
- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses)
- Laudo de Exame de Imagem de Áreas Acometidas (Radiografia, Ressonância ou Ultrassom) (Últimos Exames Realizados)

#### → SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

##### Para Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Secuquinumabe e Tofacitinibe

- Prova de Mantoux (Teste Tuberculínico-PPD) ou IGRA\*

\***Observação:** - Exames com resultado  $\geq 5$  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)

##### Para Naproxeno, Metotrexato, Leflunomida, Sulfassalazina, Ciclosporina

- Creatinina Sérica (Validade 3 meses)
- TGO/AST E TGP/ALT (Validade 3 meses)

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

##### Para todos os medicamentos

- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses)

##### Para Naproxeno, Metotrexato, Leflunomida, Sulfassalazina, Ciclosporina

- Creatinina Sérica (Validade 3 meses)
- TGO/AST E TGP/ALT (Validade 3 meses)

##### Para Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Secuquinumabe e Tofacitinibe

- Prova de Mantoux (Teste Tuberculínico-PPD) ou IGRA\*

\***Observação:** - Exames com resultado  $\geq 5$  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 PSORÍACA

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____																								
2	<b>INFORMAR AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____																								
3	<b>ACOMETIMENTO</b> (indicar a manifestação musculoesquelética <u>predominante</u> ): AP Periférica – Artrite/Dactilite <input type="checkbox"/> AP Axial e Entesite <input type="checkbox"/>																								
4	<b>INFORMAR O ÍNDICE DE ATIVIDADE DA DOENÇA DE ACORDO COM O ACOMETIMENTO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• DAPSA (<i>Disease Activity in Psoriatic Arthritis</i>): _____ (artrite periférica)</li><li>• ASDAS (<i>Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score</i>): _____ (artrite axial)</li><li>• LEI (<i>Leeds Enthesitis Index</i>): _____ (entesites)</li><li>• PASI (<i>Psoriasis Area Severity</i>): _____ (componente de pele)</li></ul>																								
5	<b>CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO</b> ( <i>Classification Criteria for Psoriatic Arthritis - CASPAR</i> ): 1) Apresenta doença articular inflamatória: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 2) Marcar presença dos critérios abaixo: <table border="1" data-bbox="229 1411 1442 1711"><thead><tr><th>CATEGORIAS</th><th>PONTOS</th><th>MARCAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>Psoríase Atual</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>História pessoal de Psoríase</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>História familiar de Psoríase (familiar de 1º ou 2º grau)</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>Distrofia ungueal psoriásica típica (observada no exame físico atual)</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>Fator reumatóide negativo</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>História de dactilite ou dactilite atual</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>Formação óssea justa-articular à radiografia simples de mãos ou pés</td><td>1</td><td></td></tr></tbody></table>	CATEGORIAS	PONTOS	MARCAR	Psoríase Atual	2		História pessoal de Psoríase	1		História familiar de Psoríase (familiar de 1º ou 2º grau)	1		Distrofia ungueal psoriásica típica (observada no exame físico atual)	1		Fator reumatóide negativo	1		História de dactilite ou dactilite atual	1		Formação óssea justa-articular à radiografia simples de mãos ou pés	1	
CATEGORIAS	PONTOS	MARCAR																							
Psoríase Atual	2																								
História pessoal de Psoríase	1																								
História familiar de Psoríase (familiar de 1º ou 2º grau)	1																								
Distrofia ungueal psoriásica típica (observada no exame físico atual)	1																								
Fator reumatóide negativo	1																								
História de dactilite ou dactilite atual	1																								
Formação óssea justa-articular à radiografia simples de mãos ou pés	1																								
6	<b>TRATAMENTOS PRÉVIOS</b> (AINES, GLICOCORTICOIDES, MMCDs, MMCDbio e MMCDsae) <b>É NECESSÁRIO CITAR MEDICAMENTOS, DOSE E TEMPO DE USO DE TODOS OS MEDICAMENTOS UTILIZADOS</b> (detalhar recidivas, intolerância, falha terapêutica, contraindicações e tratamento atual) _____ _____ _____ _____ _____																								



7	<p><b>PARA SOLICITAÇÃO DE CERTOLIZUMABE PEGOL, SECUQUINUMABE OU TOFACITINIBE:</b></p> <p>Justificar a indicação do medicamento prescrito e/ou motivo da não prescrição de MMCDbio de primeira linha (Adalimumabe, Etanercepte, Golimumabe ou Infliximabe).</p> <hr/> <hr/>																																																																					
8	<p><b>INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:</b></p> <table border="1"><tr><td>Sangramento gastrointestinal não controlado</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Úlcera gastroduodenal</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Terapia dialítica crônica</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecção fúngica ameaçadora à vida</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecção por herpes-zoster ativa</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Gestação</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Lactação</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Possibilidade de concepção (mulheres e homens)</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Porfíria</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Forma sistêmica de artrite idiopática juvenil</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hipertensão arterial sistêmica grave não controlada</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Doença linfoproliferativa nos últimos cinco anos</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insuficiência cardíaca congestiva classe III ou IV</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Doença neurológica desmielinizante</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Outras doenças inflamatórias osteoarticulares</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insuficiência renal</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insuficiência hepática</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecção pelo HIV</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hepatite B aguda</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hepatite C aguda:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Imunodeficiência:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Risco de tromboembolismo venoso:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Sangramento gastrointestinal não controlado	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Úlcera gastroduodenal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Terapia dialítica crônica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Infecção fúngica ameaçadora à vida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Infecção por herpes-zoster ativa	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Gestação	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Lactação	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Possibilidade de concepção (mulheres e homens)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Porfíria	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Forma sistêmica de artrite idiopática juvenil	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial sistêmica grave não controlada	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Doença linfoproliferativa nos últimos cinco anos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Insuficiência cardíaca congestiva classe III ou IV	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Doença neurológica desmielinizante	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Outras doenças inflamatórias osteoarticulares	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Insuficiência renal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Insuficiência hepática	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Infecção pelo HIV	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hepatite B aguda	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hepatite C aguda:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Imunodeficiência:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Risco de tromboembolismo venoso:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Sangramento gastrointestinal não controlado	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Úlcera gastroduodenal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Terapia dialítica crônica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Infecção fúngica ameaçadora à vida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Infecção por herpes-zoster ativa	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Gestação	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Lactação	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Possibilidade de concepção (mulheres e homens)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Porfíria	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Forma sistêmica de artrite idiopática juvenil	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Hipertensão arterial sistêmica grave não controlada	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Doença linfoproliferativa nos últimos cinco anos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Insuficiência cardíaca congestiva classe III ou IV	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Doença neurológica desmielinizante	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Outras doenças inflamatórias osteoarticulares	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Insuficiência renal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Insuficiência hepática	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Infecção pelo HIV	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Hepatite B aguda	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Hepatite C aguda:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Imunodeficiência:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Risco de tromboembolismo venoso:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
9	<p><b>PARA SOLICITAÇÕES DE LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, SULFASSALAZINA E/OU CICLOSPORINA:</b></p> <p>Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose sem tratamento (ativa ou latente): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"><p><b>Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso destes medicamentos.</b></p></div>																																																																					
10	<p><b>PARA SOLICITAÇÕES DE ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE PEGOL, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, INFILIXIMABE, SECUQUINUMABE E TOFACITINIBE, 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:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/>																																																																					



<b>11</b>	<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b> <hr/> <hr/>
<b>12</b>	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b> Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>

Atualizado em 19/08/2022

**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

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



## 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](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			