



## **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)

### ASMA

**Medicamentos com restrição de idade:**

**Budesonida, Fenoterol** - Idade mínima: 4 anos

**Formoterol, Formoterol + Budesonida, Omalizumabe** - Idade mínima: 6 anos

**Mepolizumabe** - Idade mínima: 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**

- LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- Prescrição Médica
- Formulário Específico: Asma

**→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)**

- LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- Prescrição Médica

**→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)**

- LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- Prescrição Médica
- Formulário Específico: Asma

#### EXAMES

**→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS**

- Espirometria com Prova Broncodilatadora (Validade de 1 ano)

**→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO****Para Omalizumabe**

- Hemograma (Validade de 3 meses)
- Teste Alérgico Cutâneo (Último exame realizado) ou Dosagem de IgE específica (último exame realizado)
- Dosagem de IgE sérica total (Último exame realizado)

**Para Mepolizumabe**

- Hemograma (Validade de 3 meses)

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

- Hemograma (Validade de 3 meses)
- Teste Alérgico Cutâneo (Último exame realizado) ou Dosagem de IgE específica (último exame realizado)
- Dosagem de IgE sérica basal (Último exame realizado)

**Para Mepolizumabe**

- Hemograma (Validade de 3 meses)

#### OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

**DATA:****LOCAL:**

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





## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ASMA

|  |   |   |   |  |  |   |   |   |   |  |  |                               |   |  |   |  |   |  |   |
|--|---|---|---|--|--|---|---|---|---|--|--|-------------------------------|---|--|---|--|---|--|---|
| 1  | <b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____<br><b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____   |   |   |  |  |   |   |   |   |  |  |                               |   |  |   |  |   |  |   |
| 2  | <b>IDADE:</b> _____   |   |   |  |  |   |   |   |   |  |  |                               |   |  |   |  |   |  |   |
| 3  | <b>DIAGNÓSTICO:</b><br><b>3.1 Descrever sobre achados em exames físicos:</b><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br><b>3.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b><br><b>Informar se o(a) paciente apresenta alguma das condições abaixo:</b><br><table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Corpo estranho inalado</td><td><input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Rinossinusite</td><td><input type="checkbox"/> Bronquite eosinófilica não asmática</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Disfunção de cordas vocais</td><td><input type="checkbox"/> Deficiência de alfa-1-antitripsina</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Obstrução das vias aéreas centrais</td><td><input type="checkbox"/> Tromboembolismo pulmonar</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hiperventilação psicogênica</td><td><input type="checkbox"/> Hipertensão arterial pulmonar</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> DPOC</td><td><input type="checkbox"/> Doenças pulmonares intersticiais</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Bronquiectasias</td><td><input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doença do refluxo gastroesofágico</td><td><input type="checkbox"/> Câncer de pulmão</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Micoses bronco pulmonares alérgicas</td><td><input type="checkbox"/> Tosse por medicamentos</td></tr></table> <p><b>ATENÇÃO:</b> A adaptação do diagnóstico diferencial em crianças deve ser realizada em função de diagnósticos comuns dessa faixa etária.</p> | <input type="checkbox"/> Corpo estranho inalado | <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar | <input type="checkbox"/> Rinossinusite | <input type="checkbox"/> Bronquite eosinófilica não asmática | <input type="checkbox"/> Disfunção de cordas vocais | <input type="checkbox"/> Deficiência de alfa-1-antitripsina | <input type="checkbox"/> Obstrução das vias aéreas centrais | <input type="checkbox"/> Tromboembolismo pulmonar | <input type="checkbox"/> Hiperventilação psicogênica | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial pulmonar | <input type="checkbox"/> DPOC | <input type="checkbox"/> Doenças pulmonares intersticiais | <input type="checkbox"/> Bronquiectasias | <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca | <input type="checkbox"/> Doença do refluxo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Câncer de pulmão | <input type="checkbox"/> Micoses bronco pulmonares alérgicas | <input type="checkbox"/> Tosse por medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Corpo estranho inalado              | <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar   |   |   |  |  |   |   |   |   |  |  |                               |   |  |   |  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Rinossinusite                       | <input type="checkbox"/> Bronquite eosinófilica não asmática  |   |   |  |  |   |   |   |   |  |  |                               |   |  |   |  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Disfunção de cordas vocais          | <input type="checkbox"/> Deficiência de alfa-1-antitripsina   |   |   |  |  |   |   |   |   |  |  |                               |   |  |   |  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Obstrução das vias aéreas centrais  | <input type="checkbox"/> Tromboembolismo pulmonar   |   |   |  |  |   |   |   |   |  |  |                               |   |  |   |  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Hiperventilação psicogênica         | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial pulmonar  |   |   |  |  |   |   |   |   |  |  |                               |   |  |   |  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> DPOC                                | <input type="checkbox"/> Doenças pulmonares intersticiais   |   |   |  |  |   |   |   |   |  |  |                               |   |  |   |  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Bronquiectasias                     | <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca   |   |   |  |  |   |   |   |   |  |  |                               |   |  |   |  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Doença do refluxo gastroesofágico   | <input type="checkbox"/> Câncer de pulmão   |   |   |  |  |   |   |   |   |  |  |                               |   |  |   |  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Micoses bronco pulmonares alérgicas | <input type="checkbox"/> Tosse por medicamentos   |   |   |  |  |   |   |   |   |  |  |                               |   |  |   |  |   |  |   |
| 4  | <b>CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA ASMA (Figura 1 e 2 do PCDT):</b><br><input type="checkbox"/> Asma leve (Etapa I e II)<br><input type="checkbox"/> Asma moderada (Etapa III)<br><input type="checkbox"/> Asma grave (Etapa IV e V)  |   |   |  |  |   |   |   |   |  |  |                               |   |  |   |  |   |  |   |
| 5  | <b>TRATAMENTOS PRÉVIOS</b><br><input type="checkbox"/> Formoterol + CI (Corticóide Inalatório) – Indicar tempo de tratamento: _____<br><input type="checkbox"/> SABA (beta 2-agonistas de curta duração) + CI – Indicar tempo de tratamento: _____<br><input type="checkbox"/> LABA (beta 2-agonistas de longa duração) + CI – Indicar tempo de tratamento: _____<br><input type="checkbox"/> Corticoide oral – Indicar tempo de tratamento: _____<br><input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____<br>_____  |   |   |  |  |   |   |   |   |  |  |                               |   |  |   |  |   |  |   |



|          |  |
|----------|--|
| <b>6</b> | <b>PARA SOLICITAÇÃO DE OMALIZUMABE, INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA AS CONDIÇÕES ABAIXO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Pelo menos uma exacerbação grave no ano anterior, com necessidade de curso de corticoide oral.</li><li><input type="checkbox"/> Alergia mediada por IgE por meio de teste cutâneo ou IgE específica positiva para, pelo menos, um aeroalérgeno.</li><li><input type="checkbox"/> Nível sérico total de IgE de 30 a 1.500 UI/mL e relação IgE total e peso dentro dos limites terapêuticos (anexar exame).</li><li><input type="checkbox"/> Paciente apresenta asma grave com fenótipo T2 alto alérgica.</li></ul> |
| <b>7</b> | <b>PARA SOLICITAÇÃO DE MEPOLIZUMABE:</b><br><b>7.1 Descrever histórico de exacerbações e uso de corticoide sistêmico:</b><br><hr/> <hr/> <hr/> <hr/><br><b>7.2 Apresentar hemograma, conforme <i>checklist</i>, realizado antes do início do tratamento com o mepolizumabe, para comprovação dos critérios de inclusão do PCDT, e relatar:</b><br><hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>  |
| <b>8</b> | <b>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b><br><hr/> <hr/> <hr/>  |
| <b>9</b> | <b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b><br>Data de preenchimento: ____ / ____ / ____<br>Assinatura e carimbo: _____<br><p style="text-align: right;">Médico</p>   |



**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\* \_\_\_\_\_ 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\*  
 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:<br>_____ / _____ / _____   |   |
| NÚMERO DO PROCESSO SEI:<br><br>(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:  |   |
| _____<br>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.<br><br>_____<br>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 |   |   |                       |