



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)

DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE

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"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Dermatomiosite e Polimiosite	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Dermatomiosite e Polimiosite

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

Apresentar 2 dos 3 exames seguintes:

- Laudo de Biópsia Muscular (Último exame realizado)
- Eletromiografia dos 4 membros (Último exame realizado)
- Creatinofosfoquinase (CPK) ou Aldolase ou Desidrogenase Lática (DHL) ou TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

Para Ciclosporina

- Creatinina Sérica (Validade 3 meses)

Para Metotrexato

- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses)
- 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 Ciclosporina

- Creatinina Sérica (Validade 3 meses)

Para Metotrexato

- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses)
- Creatinina Sérica (Validade 3 meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____															
2	INFORMAR CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____															
3	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO: _____ <table border="0" data-bbox="236 904 1433 1151"><tr><td>Fraqueza muscular proximal das cinturas pélvica e escapular</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Evidência de miosite à biópsia muscular</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Elevação de enzima muscular sérica</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Eletromiografia compatível com miopatia</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Lesões cutâneas características (para dermatomiosite)</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table> DESCREVER AS LESÕES CUTÂNEAS (PARA DERMATOMIOSITE): _____ _____ _____	Fraqueza muscular proximal das cinturas pélvica e escapular	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Evidência de miosite à biópsia muscular	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Elevação de enzima muscular sérica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Eletromiografia compatível com miopatia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Lesões cutâneas características (para dermatomiosite)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Fraqueza muscular proximal das cinturas pélvica e escapular	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
Evidência de miosite à biópsia muscular	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
Elevação de enzima muscular sérica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
Eletromiografia compatível com miopatia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
Lesões cutâneas características (para dermatomiosite)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
4	TRATAMENTOS PRÉVIOS (É necessário citar MEDICAMENTO(S), DOSE, TEMPO DE USO. Detalhar recidivas, resistência ou contra-indicações). _____ _____ _____ _____ _____ _____															
5	ESQUEMA TERAPÊUTICO COMPLETO INDICADO PARA O(A) PACIENTE. _____ _____ _____ _____															



6	INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:		
	Uso de primaquina	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Maculopatia prévia associada aos antimaláricos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Imunossupressão por outra patologia (síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids/SIDA), linfoma e outros)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Infecção ativa	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Tuberculose	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Gestante	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Lactante	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Neoplasia atual	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Insuficiência renal crônica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Hipertensão não controlada	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Úlcera péptica ativa	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Insuficiência hepática	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Deficiência seletiva de IgA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Hiperprolinemia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Doenças hematológicas graves	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	
Abuso de drogas ou etilismo	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	
7	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:		

8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.		
	Data de preenchimento: _____ / _____ / _____		
	Assinatura e carimbo: _____ Médico		

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.

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			