



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)

DISTONIAS E ESPASMO HEMIFACIAL

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**
- Planejamento de aplicações ou Relatório Médico** informando as unidades a serem aplicadas por músculo/grupo muscular, intervalo das aplicações e data da próxima aplicação
- Formulário Específico:** Distonia e Espasmo Hemifacial

→ MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (SEMPRE QUE FOR SOLICITADO O MEDICAMENTO - INTERVALO MÍNIMO DE 3 MESES)

- LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- Prescrição Médica**
- Planejamento de aplicações ou Relatório Médico** informando as unidades a serem aplicadas por músculo/grupo muscular, intervalo das aplicações e data da próxima aplicação

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- β -HCG para mulheres em idade fértil (Validade 15 dias)
- Para Distonia Laríngea ou Disfonia Espasmódica acrescentar Laudo de Videolaringoscopia

→ MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

Não se aplica

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Necessário apresentar o exame de β -HCG para mulheres em idade fértil (Validade 15 dias) a cada dispensação.

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DISTONIAS E ESPASMO HEMIFACIAL

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	HISTÓRIA CLÍNICA 2.1 Características clínicas e evolução da doença: _____ _____ _____ 2.2 DIAGNÓSTICO/AVALIAÇÃO (PREENCHER ABAIXO): • Forma de distonia apresentada pelo(a) paciente: <input type="checkbox"/> Blefaroespasmos <input type="checkbox"/> Distonia oromandibular <input type="checkbox"/> Distonia laríngea ou disfonia espasmódica <input type="checkbox"/> Distonia cervical <input type="checkbox"/> Distonia de membro <input type="checkbox"/> Distonias segmentares <input type="checkbox"/> Espasmo hemifacial
3	INFORMAR SE PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: _____ Hipersensibilidade à TBA ou a um de seus componentes SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Gravidez SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Amamentação SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Doença neuromuscular associada (por exemplo, doenças do neurônio motor, miastenia grave) SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Uso concomitante de potencializador do bloqueio muscular, como aminoglicosídeo SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Presença provável de anticorpos contra TBA, definida por perda de resposta terapêutica após um determinado número de aplicações em pacientes com melhora inicial SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Perda definitiva de amplitude articular por anquilose ou retração tendínea SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
4	TRATAMENTO PRESCRITO E OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____
5	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico



PLANEJAMENTO DE APLICAÇÕES TBA – DISTONIAS E ESPASMO HEMIFACIAL

Nome civil do(a) paciente: _____ Idade: _____

Nome social do(a) paciente: _____

Diagnóstico: _____ CID-10: _____

Toxina Botulínica Tipo A: 1 (100 UI) 2 (500 UI) Quantidade frascos: _____

Intervalo entre as aplicações: _____ meses Próxima aplicação: ____/____/____

Blefaroespasma			
Músculos		Pontos de aplicação	Dose prescrita (U)
		Dose total por olho	
Espasmo hemifacial			
Músculos		Pontos de aplicação	Dose prescrita (U)
		Dose total prescrita	
Distonia oromandibular			
Músculos		Pontos de aplicação	Dose prescrita (U)
Complexo submentoniano			
Masseter			
		Dose total prescrita	
Distonia cervical			
Tipos	Músculos	Pontos de aplicação	Dose prescrita (U)
Tipo I: Cabeçagirando para o lado e elevação do ombro ipsilateral	Esternocleidomastoideo		
	Elevador da escápula		
	Escaleno mínimo		
	Esplênio		
	Trapézio		
Tipo II: cabeça rotada para um lado	Esternocleidomastoideo		
Tipo III: cabeça inclinada para um lado com elevação do ombro ipsilateral	Esternocleidomastoideo		
	Elevador da escápula		
	Escaleno		
	Trapézio		
Tipo IV: cabeça inclinada para trás	Esplênio bilateral		
	Trapézio		
		Dose total prescrita	



Distonia de membros		
Músculos	Pontos de aplicação	Dose prescrita (U)
Flexor profundo dos dedos		
Flexor ulnar do carpo		
Flexor superficial dos dedos		
Flexor radial do carpo		
Flexor longo do polegar		
Extensor longo do polegar		
Pronador redondo		
Lumbricais/extensor do dedo índice		
Extensor comum dos dedos		
Dose total prescrita		

Observações: _____

Data: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____

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?* _____											
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar: _____											
<p align="center">13- Atestado de capacidade*</p> <p>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?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____ <p align="right">Nome do responsável _____</p>											
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* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda					20- Telefone(s) para contato do paciente _____						
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			