



## **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)

### DOENÇA DE ALZHEIMER

#### Medicamentos com restrição de idade:

Donepezila, Galantamina, Memantina e Rivastigmina - Idade mínima: 40 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"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Doença de Alzheimer <input type="checkbox"/> Mini exame do Estado Mental (MEEM) <input type="checkbox"/> Escala CDR	<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: Doença de Alzheimer <input type="checkbox"/> Mini exame do Estado Mental (MEEM) <input type="checkbox"/> Escala CDR

#### EXAMES

##### → SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TSH (Validade 6 meses)          | <input type="checkbox"/> Hemograma (Validade 6 meses)  |
| <input type="checkbox"/> Vitamina B12 (Validade 6 meses) | <input type="checkbox"/> Glicemia (Validade 6 meses)   |
| <input type="checkbox"/> Ácido Fólico (Validade 6 meses) | <input type="checkbox"/> TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)  |
| <input type="checkbox"/> Creatinina (Validade 3 meses)   | <input type="checkbox"/> VDRL (Último exame realizado)   |
| <input type="checkbox"/> Cálcio (Validade 6 meses)       | <input type="checkbox"/> Laudo de Tomografia ou Laudo de Ressonância Magnética Encefálica (Último exame realizado) |
| <input type="checkbox"/> Sódio (Validade 6 meses)        | <input type="checkbox"/> HIV (Para pacientes com menos de 60 anos) (Último Exame realizado)                        |
| <input type="checkbox"/> Potássio (Validade 6 meses)     |  |

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

Não se aplica

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

#### Para Galantamina

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

#### OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Necessário apresentar Receita de Controle Especial (branca) a cada dispensação.

DATA:

LOCAL:

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





## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOENÇA DE ALZHEIMER

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____
2	<b>ESCOLARIDADE (EM ANOS COMPLETOS DE ESTUDO):</b> _____
3	<b>HISTÓRIA CLÍNICA</b> Data do diagnóstico: ____/____/_____ Início insidioso? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
4	<b>DÉFICIT COGNITIVO <u>MAIS PROEMINENTE E INICIAL:</u></b>  <input type="checkbox"/> Apresentação amnésica (prejuízo no aprendizado e na evocação de informações recentemente aprendidas). <p style="text-align: center;"><b><u>E/OU</u></b></p> <input type="checkbox"/> Apresentação não amnésica (prejuízos na linguagem, habilidades visuo-espaciais ou função executiva).
5	<b>CLARA HISTÓRIA DE PERDA COGNITIVA?</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Descrever: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
6	<b>O DECLÍNIO COGNITIVO VEM PIORANDO PROGRESSIVAMENTE?</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
7	<b>HOUVE DECLÍNIO FUNCIONAL APÓS O INÍCIO DOS SINTOMAS COGNITIVOS?</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Descrever: _____ _____ _____ _____ _____



8	<b>USO DE MEDICAMENTOS (DETALHAR TODOS OS MEDICAMENTOS EM USO, INCLUSIVE OS ANTICOLINESTERÁSICOS):</b>  _____  _____  _____  _____  _____  _____																											
9	<b>INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS SITUAÇÕES CLÍNICAS ABAIXO:</b>  <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca grave <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca não controlada <input type="checkbox"/> Etilismo recente <input type="checkbox"/> Insuficiência hepática grave <input type="checkbox"/> Insuficiência renal grave <input type="checkbox"/> Demência por corpos de Lewy <input type="checkbox"/> Demência frontotemporal <input type="checkbox"/> História de AVC. (Data: __/__/____) <input type="checkbox"/> Demência associada à doença de Parkinson <input type="checkbox"/> Outros: _____																											
10	<b>CRITÉRIOS DE DEPRESSÃO SEGUNDO DSM-V:</b>  _____ <table border="0"><tr><td>Interesse ou prazer acentuadamente diminuído</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Humor deprimido (sente-se triste ou vazio)</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insônia ou hipersonia</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Agitação ou retardo psicomotor</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Fadiga ou perda de energia</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Pensamento recorrentes de morte, ideação suicida recorrente</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr></table> <b>PONTUAÇÃO FINAL:</b> _____	Interesse ou prazer acentuadamente diminuído	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	Humor deprimido (sente-se triste ou vazio)	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	Insônia ou hipersonia	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	Agitação ou retardo psicomotor	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	Fadiga ou perda de energia	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	Pensamento recorrentes de morte, ideação suicida recorrente	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>
Interesse ou prazer acentuadamente diminuído	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										
Humor deprimido (sente-se triste ou vazio)	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										
Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										
Insônia ou hipersonia	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										
Agitação ou retardo psicomotor	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										
Fadiga ou perda de energia	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										
Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										
Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										
Pensamento recorrentes de morte, ideação suicida recorrente	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										



11	<p><b>CASO O PACIENTE PREENCHA OS CRITÉRIOS DE DEPRESSÃO, <u>DETALHAR HISTÓRICO DEPRESSIVO</u>, SINTOMATOLOGIA, TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E CRONOLOGIA EM RELAÇÃO AO COMPROMETIMENTO COGNITIVO (DECLÍNIO COGNITIVO INICIOU ANTES OU APÓS QUADRO DEPRESSIVO?).</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
11	<p><b>OUTRAS INFORMAÇÕES (ex.: definir conduta clínica em caso de exames laboratoriais alterados, informar reposição de vitaminas, entre outros):</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
12	<p><b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b></p> <p>Data de preenchimento: ____ / ____ / ____</p> <p>Assinatura e carimbo: _____</p> <p style="text-align: right;">Médico</p>



## MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

Nome civil do(a) paciente: \_\_\_\_\_


Nome social do(a) paciente: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Escolaridade (nº de anos completos de estudo): \_\_\_\_\_

Ex: levou 10 anos para concluir a 4ª série, considera-se escolaridade de 4 anos.

**ATENÇÃO: Preencher o MEEM completamente. Necessário informar o resultado de cada item!**

ORIENTAÇÃO		
* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).	5	
* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou local <sup>1</sup> ) (nº ou andar <sup>2</sup> ).	5	
REGISTRO		
* Dizer três palavras: <b>PENTE RUA AZUL</b> . (Pedir para prestar atenção, pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até 5 vezes, para que evoque corretamente e anotar número de vezes: _____)	3	
ATENÇÃO E CÁLCULO		
* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65) <b>Alternativo<sup>3</sup></b> : série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)	5	
EVOCAÇÃO		
* Perguntar pelas 3 palavras anteriores ( <b>pente-rua-azul</b> )	3	
LINGUAGEM		
* Identificar lápis e relógio de pulso (sem estar no pulso).	2	
* Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.	1	
* Seguir o comando de três estágios: “Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão”. (Falar essa frase de forma inteira e apenas uma vez).	3	
* Ler (“só com os olhos”) e executar: <b>FECHE OS OLHOS</b>	1	
* Escrever uma frase (um pensamento, ideia completa)	1	
* Copiar o desenho: 	1	
<b>TOTAL:</b>	<b>30</b>	
<p><sup>1</sup> <b>Rua</b> é usado para visitas domiciliares. <b>Local</b> para consultas no hospital ou outra instituição. <sup>2</sup> <b>Nº</b> é usado para visitas domiciliares. <b>Andar</b> para consultas no hospital ou outra instituição. <sup>3</sup> <b>Alternativo</b> é usado quando o entrevistado erra <b>JÁ</b> na primeira tentativa, <b>OU</b> acerta na primeira e erra na segunda. <b>SEMPRE</b> que o alternativo for utilizado, o escore do item será aquele obtido com ele. <b>Não importa se a pessoa refere ou não saber fazer cálculos</b> – de qualquer forma se inicia o teste pedindo que faça a subtração inicial. A ordem de evocação tem que ser exatamente a da apresentação! <b>Obs.:</b> na forma alternativa a pontuação máxima também é de 5 pontos. A ordem de evocação tem que ser exatamente a da apresentação.</p>		

Assinatura e carimbo do médico: \_\_\_\_\_



## ESCALA CDR (CLINICAL DEMENTIA RATING)

**ATENÇÃO: Preencher a escala completamente. Necessário informar o resultado de cada função!**

FUNÇÃO	SAUDÁVEL CDR 0	DEMÊNCIA QUESTIONÁVEL CDR 0,5	DEMÊNCIA LEVE CDR 1	DEMÊNCIA MODERADA CDR 2	DEMÊNCIA GRAVE CDR 3
<b>MEMÓRIA</b>	Sem perda de memória, ou apenas esquecimento discreto e inconsistente.	Esquecimento leve e consistente; lembrança parcial de eventos; esquecimento benigno.	Perda de memória moderada, mais acentuada para fatos recentes; o <i>deficit</i> interfere com atividades do dia-a-dia.	Perda de memória grave; apenas material <i> muito</i> aprendido é retido; materiais novos são rapidamente perdidos.	Perda de memória grave; apenas fragmentos permanecem.
<b>ORIENTAÇÃO</b>	Plenamente orientado.	Plenamente orientado.	Dificuldade moderada com as relações de tempo; orientado no espaço no exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais.	Geralmente desorientado.	Orientação pessoal apenas
<b>JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS</b>	Resolve bem problemas do dia-a-dia, juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado.	Leve comprometimento na solução de problemas, semelhanças e diferenças.	Dificuldade moderada na solução de problemas, semelhanças e diferenças; julgamento social geralmente mantido.	Gravemente comprometido para solução de problemas, semelhanças e diferenças. Juízo social geralmente comprometido.	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico.
<b>ASSUNTOS NA COMUNIDADE</b>	Função independente na função habitual de trabalho, compras, negócios, finanças, e grupos sociais.	Leve dificuldade nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades, embora ainda possa desempenhar algumas; pode parecer normal à avaliação superficial	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece muito doente para ser levado a atividades fora de casa.
<b>LAR E PASSATEMPO</b>	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais mantidos	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais levemente afetados.	Comprometimento leve, mas evidente em casa; abandono das tarefas mais difíceis; passatempos e interesses mais complicados são também abandonados.	Só realiza as tarefas mais simples. Interesses muito limitados e pouco mantidos.	Sem qualquer atividade significativa em casa.
<b>CUIDADOS PESSOAIS</b>	Plenamente capaz.		Necessita de assistência ocasional.	Requer assistência no vestir e na higiene.	Muito auxílio nos CP. Em geral incontinente

Assinatura e carimbo do 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\* \_\_\_\_\_ 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: _____ / _____ / _____	
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 TERMO DE ADEÇÃO 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			