



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 CROHN

Medicamentos com restrição de idade:

Adalimumabe e Infliximabe - Idade mínima: 6 anos

Certolizumabe Pegol - 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	→ 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"/> Escore do Índice de Harvey-Bradshaw <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Doença de Crohn	<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"/> Escore do Índice de Harvey-Bradshaw <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Doença de Crohn

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Laudo de Exame Endoscópico ou Radiológico (Radiografia de Trânsito do Delgado, TC Enteral ou RM Enteral) ou Cirúrgico ou Anatomopatológico compatível com Doença de Crohn (Último exame realizado)

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

OU

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

Para Azatioprina

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

Para Mesalazina e Sulfassalazina

- Hemograma (Validade 3 meses)
- Creatinina (Validade 3 meses)
- Urina rotina (Validade 3 meses)

Para Metotrexato

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

Para Adalimumabe, Infliximabe e Certolizumabe Pegol:

- Hemograma (Validade 3 Meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 Meses)
- Laudo de RX de Tórax e Prova Mantoux ou IGRA (Validade 1 ano)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





ÍNDICE DE HARVEY-BRADSHAW (DOENÇA DE CROHN)

NOME CIVIL DO PACIENTE: _____

NOME SOCIAL DO PACIENTE: _____

Variável	Descrição	Escore
1	Bem-estar geral	0 = muito bem 1 = levemente comprometido 2 = ruim 3 = muito ruim 4 = péssimo
2	Dor abdominal	0 = nenhuma 1 = leve 2 = moderada 3 = acentuada
3	Número de evacuações líquidas por dia	1 por cada evacuação
4	Massa abdominal	0 = ausente 1 = duvidosa 2 = definida 3 = definida e dolorosa
5	Complicações	1 por item: • Artralgia • Uveíte • Eritema nodoso • Úlceras aftosas • Pioderma gangrenoso • Fissura anal • Nova fístula • Abscesso
Total	Soma dos escores das variáveis de 1 a 5	

FONTE: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas/MS

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura / Carimbo do médico responsável



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOENÇA DE CROHN

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	HISTÓRIA CLÍNICA: 2.1 DIAGNÓSTICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, REGIÃO ACOMETIDA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ 2.2 FASE DA DOENÇA: <input type="checkbox"/> Em atividade inflamatória <input type="checkbox"/> Em remissão clínica 2.3 HÁ PRESENÇA DE MANIFESTAÇÕES EXTRAINTESTINAIS OU SISTÊMICAS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM , descrever detalhadamente as características das manifestações extraintestinais ou sistêmicas: _____ _____ _____
3	PACIENTE APRESENTA FÍSTULAS PERIANAIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM , indicar: <input type="checkbox"/> Simples <input type="checkbox"/> Complexas
4	TRATAMENTO PRÉVIO: Marcar os medicamentos utilizados, motivo(s) da interrupção do tratamento ou se há contraindicação ao uso. <input type="checkbox"/> Não realizou tratamento prévio <input type="checkbox"/> Sulfassalazina <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Intolerância <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____ <input type="checkbox"/> Mesalazina <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Intolerância <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____ <input type="checkbox"/> Azatioprina <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Intolerância <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____ <input type="checkbox"/> Metotrexato <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Intolerância <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____ <input type="checkbox"/> Infliximabe <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Intolerância <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____ <input type="checkbox"/> Adalimumabe <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Intolerância <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____ <input type="checkbox"/> Certolizumabe <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Intolerância <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____



	TRATAMENTO PRÉVIO (continuação): Indicar utilização de outros medicamentos ou outra informação relevante: <hr/> <hr/>																																
5	MEDICAMENTO(S) EM USO: Marcar os medicamentos em uso atualmente: <table><tr><td><input type="checkbox"/> Sulfassalazina</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Mesalazina</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Azatioprina</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Metotrexato</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Infliximabe</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Adalimumabe</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Certolizumabe</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td colspan="4"><input type="checkbox"/> Outros medicamentos ou outra informação relevante: <hr/><hr/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Sulfassalazina	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____	<input type="checkbox"/> Mesalazina	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____	<input type="checkbox"/> Azatioprina	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____	<input type="checkbox"/> Metotrexato	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____	<input type="checkbox"/> Infliximabe	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____	<input type="checkbox"/> Adalimumabe	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____	<input type="checkbox"/> Certolizumabe	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____	<input type="checkbox"/> Outros medicamentos ou outra informação relevante: <hr/> <hr/>			
<input type="checkbox"/> Sulfassalazina	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____																														
<input type="checkbox"/> Mesalazina	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____																														
<input type="checkbox"/> Azatioprina	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____																														
<input type="checkbox"/> Metotrexato	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____																														
<input type="checkbox"/> Infliximabe	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____																														
<input type="checkbox"/> Adalimumabe	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____																														
<input type="checkbox"/> Certolizumabe	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____																														
<input type="checkbox"/> Outros medicamentos ou outra informação relevante: <hr/> <hr/>																																	
6	PARA SOLICITAÇÃO DE ADALIMUMABE, INFlixIMABE E CERTOLIZUMABE: 6.1 PACIENTE JÁ REALIZOU O USO DA DOSE DE INDUÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 6.2 PACIENTE REALIZOU PROVA TUBERCULÍNICA (PPD)/IGRA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 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: <hr/> <hr/> <hr/>																																
7	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: <hr/> <hr/>																																
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico																																



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			