



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 GAUCHER

Medicamentos com restrição de idade:

Alfataglicerase - Idade mínima: 4 anos

Miglustate - Idade mínima: 18 anos

DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
 Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF) Cópia do Comprovante de Residência

DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

→ SOLICITAÇÃO INICIAL	→ RENOVAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO	→ 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 Gaucher - Solicitação Inicial	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF (a cada 6 meses) <input type="checkbox"/> Prescrição Médica (a cada 6 meses) <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Doença de Gaucher - Monitoramento do Tratamento (a cada 12 meses)	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Doença de Gaucher - Solicitação Inicial

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses) Dosagem de Vitamina B12 (Quando houver anemia ou Deficiência de Vitamina B12) (Validade 3 meses)
 Ferritina (Validade 3 meses) Laudo de RX de Coluna em Perfil, Quadril em AP e Ossos Longos (Último exame realizado)
 TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses) Laudo da Ultrassonografia ou Laudo de Tomografia ou Laudo de Ressonância Magnética do Abdômen (Último exame realizado)
 Tempo de Protrombina (Validade 3 meses) Laudo de RX de Idade Óssea para pacientes com Desenvolvimento Puberal Atrasado (Último exame realizado)
 Densitometria Óssea (A partir de 19 anos) (Último exame realizado)

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

Não se aplica

→ MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 12 MESES)

- Hemograma (Validade 3 meses) Laudo de Radiografia de Coluna Vertebral em Perfil, Quadril em Anteroposterior e de Ossos Longos (Se houver piora de sintomatologia óssea)
 Ferritina (Validade 3 meses) Laudo de Radiografia para determinação da Idade Óssea (Em crianças ou adolescentes com atraso/ parada de crescimento, ou com desenvolvimento puberal atrasado, ou para confirmar a fase de crescimento)
 Tempo de Protrombina (Validade 3 meses) Dosagem de Vitamina B12 (Na presença de anemia ou de manifestações clínicas sugestivas de deficiência) (Validade 3 meses)
 TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)
 Gama GT (Validade 3 meses)
 Laudo de Ultrassonografia ou Ressonância Magnética de Abdômen (Em casos de aumento da dose da enzima)

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

Não se aplica

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOENÇA DE GAUCHER SOLICITAÇÃO INICIAL

1	REGIONAL DE SAÚDE: _____
2	MUNICÍPIO: _____
3	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
4	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
5	DATA DE NASCIMENTO: __/__/____
6	PESO: _____ Kg
7	ALTURA E ESTÁGIO PUBERAL (PARA CRIANÇAS): Altura: _____ cm Estágio puberal: _____
8	QUAL O TIPO DE DOENÇA? <input type="checkbox"/> Tipo 1 (forma não neuropática) <input type="checkbox"/> Tipo 2 (neuronopática aguda forma infantil ou neuronopática) <input type="checkbox"/> Tipo 3 (forma neuropática subaguda)
9	O(A) PACIENTE POSSUI FAMILIARES COM DOENÇA DE GAUCHER? SIM <input type="checkbox"/> → Grau de parentesco: _____ NÃO <input type="checkbox"/>
10	EM QUAL IDADE FOI FEITO O DIAGNÓSTICO? Descreva os primeiros sintomas e indique a idade na qual eles apareceram. _____ _____ _____ _____ _____
11	DESCREVA AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA (PRESENÇA DE SINTOMAS GERAIS INCAPACITANTES). _____ _____ _____ _____ _____



12	TAMANHO ESTIMADO DO FÍGADO E DO BAÇO _____ _____ _____
13	INDICAÇÃO DE MEDICAMENTO E POSOLOGIA <input type="checkbox"/> IMIGLUCERASE <input type="checkbox"/> ALFATALIGLICERASE <input type="checkbox"/> ALFAVELAGLICERASE <input type="checkbox"/> MIGLUSTATE POSOLOGIA: _____
14	POSSUI OUTRAS DOENÇAS DIAGNOSTICADAS? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> → Quais? _____ _____
15	PACIENTE JÁ REALIZOU TRATAMENTO PARA DOENÇA DE GAUCHER? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Se SIM, informar os medicamentos já utilizados: _____ _____ _____ _____
16	OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____ _____
17	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOENÇA DE GAUCHER MONITORAMENTO DO TRATAMENTO

1	<p>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____</p> <p>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____</p> <p>IDADE: _____ PESO: _____</p>
2	<p>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
3	<p>JUSTIFICATIVA PARA AJUSTE DE DOSE OU TROCA DE MEDICAÇÃO:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
4	<p>INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA OU NÃO AS CONDIÇÕES ABAIXO:</p> <p>_____</p> <p>Houve piora do quadro clínico após 24 meses de tratamento regular mesmo após realização de todos os ajustes possíveis de dose e de substituição de medicamentos? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>Compareceu a pelo menos 50% das de consultas previstas em um ano? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>Foi realizada a avaliação e monitoramento clínico (anamnese e exame físico, incluindo medida do tamanho do fígado e do baço com fita métrica) e conforme o PCDT? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>Gestante? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>Lactante? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p>
5	<p>PARA PACIENTES QUE NÃO COMPARECERAM A PELO MENOS 50% DE ADESÃO AO NÚMERO DE CONSULTAS PREVISTAS EM UM ANO:</p> <p>Informar se o paciente foi inserido em programa educativo para melhora de adesão e relatar.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



6	PARA PACIENTES EM USO DE ENZIMAS RECOMBINANTES, INFORMAR: Houve realização de pelo menos 50% das infusões previstas para um período de 6 meses? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
7	PARA PACIENTES EM USO DE MIGLUSTATE, INFORMAR: Houve ingestão de pelo 50% das cápsulas previstas para um período de 6 meses? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>



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 HOVER):
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			