



## **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 PARKINSON

#### 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<br><input type="checkbox"/> Prescrição Médica<br><input type="checkbox"/> Formulário Específico: Doença de Parkinson | <input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF<br><input type="checkbox"/> Prescrição Médica | <input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF<br><input type="checkbox"/> Prescrição Médica<br><input type="checkbox"/> Formulário Específico: Doença de Parkinson |

#### EXAMES

##### → SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

Não se aplica

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

###### Para Clozapina

- Hemograma com Plaquetas (Validade 1 mês)

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

###### Para Clozapina

- Hemograma com Plaquetas (Validade 1 mês)

#### OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Para Amantadina, Clozapina, Entacapon, Pramipexol, Rasagilina: Necessário apresentar Receita de Controle Especial (branca) a cada dispensação.

Para Triexifenidil: Necessário apresentar Notificação de receita 'B' (azul) a cada dispensação.

DATA:

LOCAL:

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





## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOENÇA DE PARKINSON

|   |  |                              |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
|---|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------|------------------------------|------------------------------|-------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------|------------------|------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| 1   | NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____<br>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____  |                              |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| 2   | IDADE: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M   |                              |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| 3   | DIAGNÓSTICO: _____ CID-10: _____   |                              |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| 4   | INFORMAR A DATA DO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE PARKINSON: ____/____/____  |                              |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| 5   | <p><b>PACIENTE APRESENTA ALGUM DOS SINAIS, SINTOMAS OU CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DESCRITAS ABAIXO? (MARCAR SIM OU NÃO PARA CADA SINTOMA):</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CRITÉRIOS NECESSÁRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE DP</b></p> <table border="1"><tr><td>Bradicinesia</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Rigidez</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Tremor de repouso</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table> <p style="text-align: center;"><b>CRITÉRIOS DE SUPORTE POSITIVO PARA O DIAGNÓSTICO DE DP</b></p> <table border="1"><tr><td>Instabilidade postural</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Início unilateral</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Quadro progressivo</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Assimetria dos sintomas</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Boas respostas Levodopa</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Discinesias induzidas por Levodopa</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Resposta a Levodopa maior ou igual a 5 anos</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Evolução Clínica por tempo maior ou igual a 10 anos</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table> <p style="text-align: center;"><b>CRITÉRIOS NEGATIVOS PARA DP</b></p> <table border="1"><tr><td>HP de AVC de repetição</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>HP de trauma craniano grave</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>HP definida de encefalite</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Tratamento prévio com neurolépticos</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Remissão espontânea dos sintomas</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Quadro clínico unilateral por tempo maior ou igual a 3 anos</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Sinais cerebelares</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Demência precoce</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Tumor cerebral ou Hidrocefalia comunicante</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Resposta negativa a altas doses de Levodopa</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Crises oculogíricas</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Paralisia supranuclear dos olhos</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Sinais autonômicos precoces</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Exposição a Metilfeniltetraperidinium</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Liberação piramidal com sinal de Babinsk</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table> | Bradicinesia                 | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Rigidez | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Tremor de repouso | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Instabilidade postural | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Início unilateral | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Quadro progressivo | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Assimetria dos sintomas | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Boas respostas Levodopa | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Discinesias induzidas por Levodopa | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Resposta a Levodopa maior ou igual a 5 anos | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Evolução Clínica por tempo maior ou igual a 10 anos | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | HP de AVC de repetição | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | HP de trauma craniano grave | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | HP definida de encefalite | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Tratamento prévio com neurolépticos | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Remissão espontânea dos sintomas | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Quadro clínico unilateral por tempo maior ou igual a 3 anos | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Sinais cerebelares | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Demência precoce | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Tumor cerebral ou Hidrocefalia comunicante | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Resposta negativa a altas doses de Levodopa | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Crises oculogíricas | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Paralisia supranuclear dos olhos | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Sinais autonômicos precoces | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Exposição a Metilfeniltetraperidinium | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Liberação piramidal com sinal de Babinsk | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Bradicinesia  | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Rigidez   | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Tremor de repouso   | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Instabilidade postural                                      | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Início unilateral   | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Quadro progressivo  | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Assimetria dos sintomas                                     | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Boas respostas Levodopa                                     | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Discinesias induzidas por Levodopa                          | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Resposta a Levodopa maior ou igual a 5 anos                 | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Evolução Clínica por tempo maior ou igual a 10 anos         | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| HP de AVC de repetição                                      | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| HP de trauma craniano grave                                 | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| HP definida de encefalite                                   | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Tratamento prévio com neurolépticos                         | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Remissão espontânea dos sintomas                            | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Quadro clínico unilateral por tempo maior ou igual a 3 anos | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Sinais cerebelares  | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Demência precoce  | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Tumor cerebral ou Hidrocefalia comunicante                  | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Resposta negativa a altas doses de Levodopa                 | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Crises oculogíricas   | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Paralisia supranuclear dos olhos                            | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Sinais autonômicos precoces                                 | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Exposição a Metilfeniltetraperidinium                       | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |
| Liberação piramidal com sinal de Babinsk                    | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                              |                              |         |                              |                              |                   |                              |                              |                        |                              |                              |                   |                              |                              |                    |                              |                              |                         |                              |                              |                         |                              |                              |                                    |                              |                              |   |                              |                              |   |                              |                              |                        |                              |                              |                             |                              |                              |                           |                              |                              |                                     |                              |                              |                                  |                              |                              |   |                              |                              |                    |                              |                              |                  |                              |                              |  |                              |                              |   |                              |                              |                     |                              |                              |                                  |                              |                              |                             |                              |                              |                                       |                              |                              |  |                              |                              |



|          |   |
|----------|---|
| <b>6</b> | <b>MEDICAMENTOS SOLICITADOS:</b><br>1: _____ Posologia: _____<br>2: _____ Posologia: _____<br>3: _____ Posologia: _____<br>4: _____ Posologia: _____<br>OUTROS : _____ Posologia: _____         |
| <b>7</b> | <b>MEDICAMENTOS UTILIZADOS PREVIAMENTE QUE FORAM SUSPENSOS E MOTIVO DA SUSPENSÃO:</b><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  |
| <b>8</b> | <b>PACIENTE JÁ FAZ USO DE MEDICAMENTO PARA DOENÇA DE PARKINSON? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></b><br>Se sim, enumerar:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
| <b>9</b> | <b>JUSTIFICAR O USO DO MEDICAMENTO SOLICITADO:</b><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  |



| <b>10</b>    | <b>PACIENTE COM INDICAÇÃO DE USO DE RASAGILINA APRESENTA ALGUMA(S) DAS CONDIÇÕES SEGUINTE? CONTRAINDICAÇÃO DE ASSOCIAÇÃO. (MARCAR SIM OU NÃO PARA CADA CONDIÇÃO)</b><br><hr/> <p>Diagnóstico de insuficiência hepática grave <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <hr/> <p>Em uso de outro inibidor da MAO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <hr/> <p>Em uso de analgésicos narcóticos <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <hr/> <p>Em uso de ciclobenzaprina <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <hr/> <p>Paciente com diagnóstico de feocromocitoma <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <hr/> <p>Paciente maior de 18 anos <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <hr/> <p>Em uso de fluoxetina ou fluvoxamina <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <hr/> <p>Indicação de realização de procedimentos cirúrgicos nos próximos 15 dias <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <hr/> |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>11</b>    | <b>COMORBIDADES:</b> <table border="1" data-bbox="248 846 1417 1496"><thead><tr><th data-bbox="248 846 785 922">COMORBIDADES</th><th data-bbox="785 846 1417 922">MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DAS COMORBIDADES:</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>   | COMORBIDADES | MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DAS COMORBIDADES: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| COMORBIDADES | MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DAS COMORBIDADES:   |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>12</b>    | <b>OUTRAS INFORMAÇÕES:</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>   |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>13</b>    | <b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b><br><br>Data de preenchimento: ____ / ____ / ____<br><br>Assinatura e carimbo: _____<br><p style="text-align: right;">Médico</p>   |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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:<br>_____ / _____ / _____   |   |
| NÚMERO DO PROCESSO SEI:<br><br>(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:  |   |
| _____<br>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.<br><br>_____<br>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](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 |   |   |                       |