



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)

IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA COM PREDOMINÂNCIA DE DEFEITOS DE ANTICORPOS

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
- Termo de Consentimento Informado

DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

→ SOLICITAÇÃO INICIAL

- LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- Prescrição Médica
- Formulário Específico: Imunodeficiência Primária com Predominância de Defeitos de Anticorpos

→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

- LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- Prescrição Médica

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Hemograma (Validade 3 meses)
- Ureia (Validade 3 meses)
- Creatinina (Validade 3 meses)
- Albumina (Validade 3 meses)
- Dosagem das Isohemaglutininas Anti-A e Anti-B ou Dosagem dos Anticorpos Pós-Vacinais (Anti-Tétano, Anti-Difteria, Anti-Rubéola, Anti-Hepatite B, Anti-Sarampo) ou Dosagem de Anticorpos Anti-Polissacarídes do Pneumococo (Pré e Pós-Vacinais) (Último exame realizado)
- Tempo de Protrombina (Validade 3 meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)
- Laudo Médico/Exames que comprovem Infecções Típicas de Imunodeficiência Primária (Último exame realizado)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA COM PREDOMINÂNCIA DE DEFEITOS DE ANTICORPOS

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	2.1 CID-10: <input type="checkbox"/> D80.0 Hipogamaglobulinemia hereditária (agamaglobulinemia autossômica recessiva, agamaglobulinemia ligada ao X, agamaglobulinemia ligada ao X com deficiência de hormônio de crescimento). <input type="checkbox"/> D80.1 Hipogamaglobulinemia não familiar (agamaglobulinemia com linfócitos B portadores de imunoglobulina, agamaglobulinemia de variável comum, hipogamaglobulinemia SOE). <input type="checkbox"/> D80.3 Deficiência seletiva de subclasses de imunoglobulina G (IgG). <input type="checkbox"/> D80.5 Imunodeficiência com aumento de imunoglobulina M (IgM). <input type="checkbox"/> D80.6 Deficiência de anticorpos com imunoglobulinas próximas do normal ou com hiperimunoglobulinemia. <input type="checkbox"/> D80.7 Hipogamaglobulinemia transitória da infância. <input type="checkbox"/> D80.8 Outras imunodeficiências com predominância de defeitos de anticorpos (deficiência de cadeia leve kappa). <input type="checkbox"/> D83.0 Imunodeficiência comum variável com predominância de anormalidades do número e da função das células B. <input type="checkbox"/> D83.2 Imunodeficiência comum variável com auto-anticorpos às células B ou T. <input type="checkbox"/> D83.8 Outras imunodeficiências comuns variáveis. 2.2 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO – HISTÓRICO (Diagnóstico – quadro clínico – evolução) _____ _____ _____ _____ _____ _____
3	3.1 INFORMAR A CONDIÇÃO CLÍNICA APRESENTADA PELO(A) PACIENTE: <input type="checkbox"/> Agamaglobulinemia ligada ao X <input type="checkbox"/> Imunodeficiência comum variável <input type="checkbox"/> Outro tipo de IP com predominância de defeitos de anticorpos 3.2 O(A) PACIENTE APRESENTA OCORRÊNCIA DE INFECÇÕES DE REPETIÇÃO TÍPICAS DE IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA COM PREDOMINÂNCIA DE DEFEITOS DE ANTICORPOS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Relatar características do histórico de infecções: _____ _____ _____ _____



	<p>3.3 O(A) PACIENTE APRESENTA OUTRA(S) MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS?</p> <p><input type="checkbox"/> Má-absorção</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia ferropriva</p> <p><input type="checkbox"/> Atraso de crescimento</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia</p> <p><input type="checkbox"/> Artralgias sem causa aparente</p> <p><input type="checkbox"/> Ausência de tonsilas e de outros tecidos linfóides</p> <p><input type="checkbox"/> Outra(s), relatar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																								
4	<p>INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:</p> <table border="1"><tr><td>Infecção ativa e/ou neoplasia</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insuficiência renal ou hepática</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>História de reação anafilática a IGH</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Diagnóstico laboratorial incidental de IP com predominância de defeitos de anticorpos, sem história de infecções de repetição ameaçadoras da vida</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Deficiência de IgA somente</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Deficiência de IgM somente</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Deficiência de IgD somente</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Imunodeficiência predominantemente celular</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Infecção ativa e/ou neoplasia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Insuficiência renal ou hepática	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	História de reação anafilática a IGH	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Diagnóstico laboratorial incidental de IP com predominância de defeitos de anticorpos, sem história de infecções de repetição ameaçadoras da vida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Deficiência de IgA somente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Deficiência de IgM somente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Deficiência de IgD somente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Imunodeficiência predominantemente celular	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Infecção ativa e/ou neoplasia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																							
Insuficiência renal ou hepática	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																							
História de reação anafilática a IGH	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																							
Diagnóstico laboratorial incidental de IP com predominância de defeitos de anticorpos, sem história de infecções de repetição ameaçadoras da vida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																							
Deficiência de IgA somente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																							
Deficiência de IgM somente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																							
Deficiência de IgD somente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																							
Imunodeficiência predominantemente celular	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																							
5	<p>ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO:</p> <p>Dose de IGH IV recomendada para início de tratamento:</p> <p><input type="checkbox"/> 300 a 400mg/kg a cada 3 semanas</p> <p><input type="checkbox"/> 400- 500mg/kg a cada 4 semanas</p> <p>Tempo de tratamento: _____</p>																								
6	<p>TRATAMENTOS PRÉVIOS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																								
7	<p>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																								
8	<p>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</p> <p>Data de preenchimento: _____ / _____ / _____</p> <p>Assinatura e carimbo: _____</p> <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 HOVER):
NOME CIVIL COMPLETO DO(A) PACIENTE SOLICITANTE:	
NOME SOCIAL COMPLETO DO(A) PACIENTE SOLICITANTE:	
CPF:	TELEFONE(S) PARA CONTATO:
MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S):	
DATA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS: _____ / _____ / _____	
NÚMERO DO PROCESSO SEI: (OBSERVAÇÃO: PARA PACIENTES JÁ CADASTRADOS NO PROGRAMA, OS NOVOS DOCUMENTOS APRESENTADOS DEVEM SER SEMPRE INSERIDOS NO PROCESSO SEI EXISTENTE, CASO REFERENTES À MESMA CONDIÇÃO CLÍNICA/CHECKLIST)	
NÚMERO DO PROCESSO SIGAF:	
OBSERVAÇÕES:	
_____ NOME LEGÍVEL DO(A) PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ABERTURA DO REQUERIMENTO DE MEDICAMENTOS DO CEAF	

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO USUÁRIO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)
Eu _____ declaro que li e concordo com todas as informações apresentadas no Termo de Adesão sobre a solicitação de medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica. _____ ASSINATURA DO(A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL



TERMO DE ADESÃO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO CEAF

Esse documento tem por objetivo registrar a entrega dos documentos para a solicitação de medicamentos e traz algumas informações úteis ao paciente

O que esse documento indica?

Que seu pedido por um medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica foi registrado.

Quais são os próximos passos?

Seus documentos serão analisados pela equipe de analistas da Secretaria de Saúde de Minas Gerais com base no definido em regras estaduais e federais (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, Portarias e Resoluções Estaduais).

Após isso, um documento será produzido com a resposta ao seu pedido, que poderá ser:

- **DEFERIDO:** não existiam erros no seu pedido e por isso ele foi aceito. Será possível iniciar o tratamento, desde que tenha disponibilidade do medicamento na farmácia.
- **DEVOLVIDO:** faltam exames, documentos ou informações no seu pedido e por isso ele precisa ser completado. É preciso que os documentos faltantes sejam entregues em até 90 dias.
- **INDEFERIDO:** seu pedido não obedece às regras estaduais e federais para conseguir o medicamento. Veja o motivo do indeferimento na resposta e leve o documento ao médico.

Como saber o resultado do meu pedido?

Você pode descobrir o resultado pelo MG APP. Para isso, faça o cadastro no aplicativo, acesse o menu, em seguida vá em “Saúde”, depois “Consulta do Andamento da Solicitação de Medicamentos”. Então insira seus dados e selecione o medicamento que gostaria de consultar.

E em caso de dúvidas?

Em caso de dúvidas, acesse a página www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentosceaf.

Se o pedido for DEFERIDO, o que mais preciso saber?

- A cada 180 dias (6 meses) é necessário entregar novo Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamentos (LME) e nova receita médica para garantir a continuidade do tratamento;
- Caso o pedido pelo medicamento precise de reavaliação periódica, é necessário entregar novas documentações (LME, receita médica e outros documentos) à farmácia, de tempos em tempos, para continuidade do tratamento. Caso os novos documentos não sejam entregues, o fornecimento do medicamento poderá ser interrompido;
- Para medicamentos sujeitos a controle especial, será necessário entregar nova receita médica mensalmente;
- Caso o medicamento não seja retirado por 6 meses contínuos, sem uma explicação médica anterior a paralisação, será considerado que houve interrupção ou abandono de tratamento e o pedido será INATIVADO. Nesses casos, para conseguir novamente o medicamento, o paciente deverá fazer um novo pedido;
- Caso o tratamento precise ser paralisado por questões médicas, é necessário entregar relatório médico com o motivo da suspensão antes da próxima data de retirada do medicamento. Além disso, quando for necessário reiniciar o tratamento, será preciso entregar nova LME e receita médica;
- Caso o paciente não possa comparecer à farmácia para retirar o medicamento, deverá indicar os representantes por meio da Declaração Autorizadora.

Todos os documentos relativos às solicitações de medicamento(s), uma vez feito o pedido, passam a pertencer à Secretaria Estadual de Saúde. Caso necessário, o usuário/representante poderá solicitar cópias deles.

REGISTRO DA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO

Nome civil do paciente:			
Nome social do paciente:			
Data da solicitação:	/	/	Nº do Processo SIGAF:
Medicamentos solicitados:			
Observações:			
Assinatura do(a) profissional responsável pelo recebimento da solicitação			

Termo de Consentimento Informado

Imunoglobulina Humana

Eu, _____, (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento **imunoglobulina humana**, indicado para o tratamento da **Imunodeficiência Primária** com predominância de defeitos de anticorpos.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer os seguintes benefícios:

- Diminuição da frequência e duração de infecções anuais.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

- Medicamento classificado na gestação como categoria C (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos)

- Os efeitos colaterais já relatados são: dor de cabeça, calafrios, febre, reações no local de aplicação da injeção que incluem dor, coceira e vermelhidão, aumento de creatinina e uréia no sangue, seguido de oligúria e anúria, insuficiência renal aguda, necrose tubular aguda, nefropatia tubular proximal, nefrose osmótica.

- Medicamento contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco;

- O risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

Paciente: _____
Documento de identidade: _____
Sexo: Masculino () Feminino () Idade: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: () _____
Responsável legal (quando for o caso): _____ Documento de identidade do responsável legal: _____
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal
Médico Responsável: _____ CRM: _____ UF: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: () _____
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: ____/____/____

Observações: O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento. Este Termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e a outra será entregue ao paciente.