



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)

LÚPUS ERITEMATOSO

DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

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

DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

| → SOLICITAÇÃO INICIAL | → RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES) | → REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Lúpus Eritematoso | <input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica | <input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Lúpus Eritematoso |

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Hemograma com plaquetas (Validade 3 meses)
- Urina rotina (Validade 3 meses)
- Fator Antinuclear (FAN) (Último exame realizado)
- Anti-DNAn e/ou Anti-SM e/ou Anticorpos Antifosfolípides e/ou Anti-Ro/SSA e/ou Anti-La/SSB (Último exame realizado) e/ou C3 e C4 (Último exame realizado)
- Biópsia renal - Caso for informado Nefrite Lúpica (Último exame realizado) – Na ausência do exame, preencher campo 4 do Formulário Específico

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

Para Ciclosporina

- Creatinina (Validade 3 meses)

Para Metotrexato e Danazol

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

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

Para todos os medicamentos

- Hemograma com plaquetas (Validade 3 meses)

Para Ciclosporina

- Creatinina (Validade 3 meses)

Para Metotrexato e Danazol

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

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – LÚPUS ERITEMATOSO

| 1 | NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____ | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | PREENCHER UM DOS SEGUINTE CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS: ACR (<i>American College of Rheumatology 1982/1997</i>) OU SLICC 2012 OU Eular/ACR 2019 OBSERVAÇÃO: Exames que não estão incluídos no <i>checklist</i> e que possam comprovar alteração renal, hematológica ou imunológica, devem ser anexados ao processo, mesmo que antigos. 2.1 ACR (<i>American College of Rheumatology</i>): <input type="checkbox"/> Eritema malar <input type="checkbox"/> Lesão discoide <input type="checkbox"/> Poliartrite não erosiva periférica <input type="checkbox"/> Úlcera oral <input type="checkbox"/> Fotossensibilidade <input type="checkbox"/> Serosite: pleurite ou pericardite <input type="checkbox"/> Anticorpo antinuclear (FAN) <input type="checkbox"/> Alteração renal - Especifique: _____ _____ <input type="checkbox"/> Alteração neurológica - Especifique: _____ _____ <input type="checkbox"/> Alterações hematológicas - Especifique: _____ _____ <input type="checkbox"/> Alterações imunológicas - Especifique: _____ _____ | | | | |
| | 2.2 Critérios SLICC 2012: <table border="1"><thead><tr><th data-bbox="225 1547 818 1603">Critérios Clínicos</th><th data-bbox="818 1547 1369 1603">Critérios Imunológicos</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="225 1603 818 2168"><input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo agudo <input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo crônico <input type="checkbox"/> Alopecia não cicatricial <input type="checkbox"/> Úlceras orais ou nasais <input type="checkbox"/> Alterações articulares <input type="checkbox"/> Serosites <input type="checkbox"/> Alterações renais <input type="checkbox"/> Alterações neurológicas <input type="checkbox"/> Anemia hemolítica <input type="checkbox"/> Leucopenia ou linfopenia <input type="checkbox"/> Trombocitopenia</td><td data-bbox="818 1603 1369 2168"><input type="checkbox"/> Fator Antinuclear <input type="checkbox"/> Anti-DNA nativo <input type="checkbox"/> Anti-Sm <input type="checkbox"/> Antifosfolípídeos <input type="checkbox"/> Complementos reduzidos <input type="checkbox"/> Coombs direto</td></tr></tbody></table> | Critérios Clínicos | Critérios Imunológicos | <input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo agudo <input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo crônico <input type="checkbox"/> Alopecia não cicatricial <input type="checkbox"/> Úlceras orais ou nasais <input type="checkbox"/> Alterações articulares <input type="checkbox"/> Serosites <input type="checkbox"/> Alterações renais <input type="checkbox"/> Alterações neurológicas <input type="checkbox"/> Anemia hemolítica <input type="checkbox"/> Leucopenia ou linfopenia <input type="checkbox"/> Trombocitopenia | <input type="checkbox"/> Fator Antinuclear <input type="checkbox"/> Anti-DNA nativo <input type="checkbox"/> Anti-Sm <input type="checkbox"/> Antifosfolípídeos <input type="checkbox"/> Complementos reduzidos <input type="checkbox"/> Coombs direto |
| Critérios Clínicos | Critérios Imunológicos | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo agudo <input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo crônico <input type="checkbox"/> Alopecia não cicatricial <input type="checkbox"/> Úlceras orais ou nasais <input type="checkbox"/> Alterações articulares <input type="checkbox"/> Serosites <input type="checkbox"/> Alterações renais <input type="checkbox"/> Alterações neurológicas <input type="checkbox"/> Anemia hemolítica <input type="checkbox"/> Leucopenia ou linfopenia <input type="checkbox"/> Trombocitopenia | <input type="checkbox"/> Fator Antinuclear <input type="checkbox"/> Anti-DNA nativo <input type="checkbox"/> Anti-Sm <input type="checkbox"/> Antifosfolípídeos <input type="checkbox"/> Complementos reduzidos <input type="checkbox"/> Coombs direto | | | | |



2.3 Critérios Eular/ACR 2019:

| DOMÍNIO | PONTOS | DOMÍNIO | PONTOS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Domínio Constitucional | | Domínio hematológico | |
| <input type="checkbox"/> Febre | 2 | <input type="checkbox"/> Leucopenia | 3 |
| Domínio Cutâneo | | <input type="checkbox"/> Plaquetopenia | 4 |
| <input type="checkbox"/> Alopecia não cicatricial | 2 | <input type="checkbox"/> Hemólise autoimune | 4 |
| <input type="checkbox"/> Úlceras orais | 2 | Domínio renal | |
| <input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo subagudo ou Lúpus Eritematoso Discoide | 4 | <input type="checkbox"/> Proteinúria $\geq 0,5$ g/24 horas | 4 |
| <input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo agudo | 6 | <input type="checkbox"/> Biópsia renal classe II ou nefrite lúpica classe V | 8 |
| Domínio articular | | <input type="checkbox"/> Biópsia renal classe III ou nefrite lúpica classe IV | 10 |
| <input type="checkbox"/> Sinovite ou dor à palpação ≥ 2 articulações e rigidez matinal ≥ 30 minutos | 6 | Domínio dos anticorpos antifosfolipídicos | |
| Domínio neurológico | | <input type="checkbox"/> aCL (IgG > 400 PL ou anti-B2GPI IgG > 40 ou LAC+ | 2 |
| <input type="checkbox"/> Delírio | 2 | Domínio complemento | |
| <input type="checkbox"/> Psicose | 3 | <input type="checkbox"/> C3 baixo ou C4 baixo | 3 |
| <input type="checkbox"/> Convulsão | 5 | <input type="checkbox"/> C3 e C4 baixos | 4 |
| Domínio serosas | | Domínio dos anticorpos específicos | |
| <input type="checkbox"/> Derrame pleural ou pericárdico | 5 | <input type="checkbox"/> Anti-dsDNA | 6 |
| <input type="checkbox"/> Pericardite aguda | 6 | <input type="checkbox"/> Anti-Smith | 6 |

Fonte: *European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology*³⁸. Legenda: aCL: Anticorpos anticardiolipina; anti-B2GPI: Anticorpos anti-beta2 glicoproteína 1; LAC: Anticoagulante lúpico.

3 INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uso concomitante de primaquina | <input type="checkbox"/> Hipertensão não controlada |
| <input type="checkbox"/> Lactação | <input type="checkbox"/> Porfíria |
| <input type="checkbox"/> Concepção | <input type="checkbox"/> Doença cardíaca grave |
| <input type="checkbox"/> Gestação | <input type="checkbox"/> Sangramento uterino anormal |
| <input type="checkbox"/> Maculopatia associada aos antimaláricos | <input type="checkbox"/> Elitismo |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna em atividade | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica ativa |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Acometimento hepático grave |
| <input type="checkbox"/> Imunossupressão (aids, linfoma e outros) | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas |
| <input type="checkbox"/> Doença hematológica grave | <input type="checkbox"/> Acometimento renal grave |
| <input type="checkbox"/> Infecção ativa | <input type="checkbox"/> Cirrose |
| <input type="checkbox"/> Hepatites B ou C agudas | <input type="checkbox"/> Obstrução do trato urinário |



| | |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 | <p>PARA PACIENTES COM NEFRITE LÚPICA QUE NÃO REALIZARAM A BIÓPSIA RENAL:</p> <p>Justificar a ausência do exame e a indicação do medicamento, conforme preconizado no PCDT.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <div data-bbox="228 622 1428 875" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>A biópsia renal deve ser feita, sempre que possível e quando houver indicação. Quando não for possível, o tratamento deve ser orientado com base na inferência da classe histológica baseado em dados clínicos (como hipertensão arterial) e laboratoriais (creatinina, urina tipo I, proteinúria 24 horas ou relação proteína/creatinina).</p><p style="text-align: right;">Portaria Conjunta nº 21, de 01 de novembro de 2022</p></div> |
| 5 | <p>OUTRAS INFORMAÇÕES:</p> <hr/> <hr/> <hr/> |
| 6 | <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 HOUVER): |
| NOME CIVIL COMPLETO DO(A) PACIENTE SOLICITANTE: | |
| NOME SOCIAL COMPLETO DO(A) PACIENTE SOLICITANTE: | |
| CPF: | TELEFONE(S) PARA CONTATO: |
| MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S): | |
| DATA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS: _____ / _____ / _____ | |
| NÚMERO DO PROCESSO SEI: (OBSERVAÇÃO: PARA PACIENTES JÁ CADASTRADOS NO PROGRAMA, OS NOVOS DOCUMENTOS APRESENTADOS DEVEM SER SEMPRE INSERIDOS NO PROCESSO SEI EXISTENTE, CASO REFERENTES À MESMA CONDIÇÃO CLÍNICA/CHECKLIST) | |
| NÚMERO DO PROCESSO SIGAF: | |
| OBSERVAÇÕES: | |
| _____ NOME LEGÍVEL DO(A) PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ABERTURA DO REQUERIMENTO DE MEDICAMENTOS DO CEAF | |

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



TERMO DE ADESÃO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO CEAF

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

O que esse documento indica?

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

Quais são os próximos passos?

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

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

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

Como saber o resultado do meu pedido?

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

E em caso de dúvidas?

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

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

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

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

REGISTRO DA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO

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