



## **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

<b>1</b>	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____																								
<b>2</b>	<b>PREENCHER UM DOS SEGUINTE CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS:</b>  ACR ( <i>American College of Rheumatology 1982/1997</i> ) <b>OU</b> SLICC 2012 <b>OU</b> Eular/ACR 2019 <b>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.</b>																								
	<b>2.1 ACR (<i>American College of Rheumatology</i>):</b>  <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: _____ _____																								
	<b>2.2 Critérios SLICC 2012:</b>																								
	<table border="1"><thead><tr><th>Critérios Clínicos</th><th>Critérios Imunológicos</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo agudo</td><td><input type="checkbox"/> Fator Antinuclear</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo crônico</td><td><input type="checkbox"/> Anti-DNA nativo</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Alopecia não cicatricial</td><td><input type="checkbox"/> Anti-Sm</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Úlceras orais ou nasais</td><td><input type="checkbox"/> Antifosfolipídeos</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Alterações articulares</td><td><input type="checkbox"/> Complementos reduzidos</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Serosites</td><td><input type="checkbox"/> Coombs direto</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Alterações renais</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Alterações neurológicas</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Anemia hemolítica</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Leucopenia ou linfopenia</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Trombocitopenia</td><td></td></tr></tbody></table>	Critérios Clínicos	Critérios Imunológicos	<input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo agudo	<input type="checkbox"/> Fator Antinuclear	<input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo crônico	<input type="checkbox"/> Anti-DNA nativo	<input type="checkbox"/> Alopecia não cicatricial	<input type="checkbox"/> Anti-Sm	<input type="checkbox"/> Úlceras orais ou nasais	<input type="checkbox"/> Antifosfolipídeos	<input type="checkbox"/> Alterações articulares	<input type="checkbox"/> Complementos reduzidos	<input type="checkbox"/> Serosites	<input type="checkbox"/> Coombs direto	<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	
Critérios Clínicos	Critérios Imunológicos																								
<input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo agudo	<input type="checkbox"/> Fator Antinuclear																								
<input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo crônico	<input type="checkbox"/> Anti-DNA nativo																								
<input type="checkbox"/> Alopecia não cicatricial	<input type="checkbox"/> Anti-Sm																								
<input type="checkbox"/> Úlceras orais ou nasais	<input type="checkbox"/> Antifosfolipídeos																								
<input type="checkbox"/> Alterações articulares	<input type="checkbox"/> Complementos reduzidos																								
<input type="checkbox"/> Serosites	<input type="checkbox"/> Coombs direto																								
<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																									



### 2.3 Critérios Euler/ACR 2019:

DOMÍNIO	PONTOS	DOMÍNIO	PONTOS
<b>Domínio Constitucional</b>		<b>Domínio hematológico</b>	
<input type="checkbox"/> Febre	2	<input type="checkbox"/> Leucopenia	3
<b>Domínio Cutâneo</b>		<input type="checkbox"/> Plaquetopenia	4
<input type="checkbox"/> Alopecia não cicatricial	2	<input type="checkbox"/> Hemólise autoimune	4
<input type="checkbox"/> Úlceras orais	2	<b>Domínio renal</b>	
<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
<b>Domínio articular</b>		<input type="checkbox"/> Biópsia renal classe III ou nefrite lúpica classe IV	10
<input type="checkbox"/> Sinovite ou dor à palpação $\geq 2$ articulações e rigidez matinal $\geq 30$ minutos	6	<b>Domínio dos anticorpos antifosfolipídicos</b>	
<b>Domínio neurológico</b>		<input type="checkbox"/> aCL (IgG $> 400$ PL ou anti-B2GPI IgG $> 40$ ou LAC+	2
<input type="checkbox"/> Delírio	2	<b>Domínio complemento</b>	
<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
<b>Domínio serosas</b>		<b>Domínio dos anticorpos específicos</b>	
<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*<sup>38</sup>. 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 |



**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					
9- CID-10* _____		10- Diagnóstico _____					
11- Anamnese* _____							
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar: _____							
<p align="center"><b>13- Atestado de capacidade*</b></p> <p>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?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____ <p align="right">Nome do responsável _____</p>							
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*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____							
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda					20- Telefone(s) para contato do paciente _____		
21- Número do documento do paciente _____					23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____		
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS _____							
22- Correio eletrônico do paciente _____							

\*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](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			