



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>).
- ✓ Em caso de dúvidas, procure o farmacêutico de sua regional ou de seu município.



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

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

- LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAf
- Prescrição Médica
- Formulário Específico: Síndrome de Guillain-Barré

→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

Não se aplica

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Exame do Líquido Cefalorraquidiano (Líquor) (Último exame realizado)
- Eletroneuromiografia (Exceto na impossibilidade de sua realização) (Último exame realizado)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	Nº DA NOTIFICAÇÃO: _____ (ou anexar cópia da Notificação) (RES.SES/MG Nº 6.532/2018)
3	EVOLUÇÃO CLÍNICA DA DOENÇA (INCLUIR DATA DE INÍCIO E DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS. ATENÇÃO: A DESCRIÇÃO DEVE SER A MAIS DETALHADA POSSÍVEL, UMA VEZ QUE O DIAGNÓSTICO DA SGB É PRIMARIAMENTE CLÍNICO): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
4	DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/_____
5	TRATAMENTOS PRÉVIOS: _____ _____ _____ _____ _____ _____
6	DOENÇA AGUDA PRECEDENTE OU FATOR PRECIPITANTE? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se sim, relatar: _____ _____ _____ _____



7	INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS SITUAÇÕES CLÍNICAS ABAIXO: a) Fraqueza progressiva de mais de um membro ou de músculos cranianos de graus variáveis, desde paresia até plegia SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> b) Hiporreflexia e arreflexia distal com graus variáveis de hiporreflexia proximal SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> c) Progressão dos sintomas inferior a quatro semanas SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> d) Demonstração de relativa simetria da paresia de membros SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> e) Sinais sensitivos leves a moderados SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> f) Envolvimento de nervos cranianos, especialmente fraqueza bilateral dos músculos faciais SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> g) Dor SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> h) Disfunção autonômica SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> i) Ausência de febre no início do quadro SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> j) Fraqueza assimétrica SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> k) Disfunção intestinal e de bexiga no início do quadro SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> l) Ausência de resolução de sintomas intestinais ou urinários SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> m) Presença de +50 células/mm ³ SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> n) Células polimorfonucleares no líquido cefalorraquidiano SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> o) Nível sensitivo bem demarcado SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> p) História de exposição a hexacarbone, presente em solventes, tintas, pesticidas ou metais pesados SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> q) Achados sugestivos de metabolismo anormal da porfirina SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> r) História recente de difteria SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> s) Suspeita clínica de intoxicação por chumbo (ou outros metais pesados) SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> t) Síndrome sensitiva pura (ausência de sinais motores) SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> u) Diagnóstico de botulismo, miastenia gravis, poliomielite, neuropatia tóxica, paralisia conversiva SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
8	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____
9	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <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*					
4- Nome da Mãe do Paciente*		6- Altura do paciente*					
		kg					
		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?*							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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?							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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* : <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*						20- Telefone(s) para contato do paciente	
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela							
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____							
<input type="checkbox"/> Parda							
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.

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			