



## **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)

### DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO – CRIANÇAS E ADOLESCENTES

#### 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:** Deficiência do Hormônio de Crescimento em Crianças e Adolescentes - Solicitação Inicial (com cópias dos exames)
- Curva de Crescimento da OMS**

##### → RENOVAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

- LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- Prescrição Médica**
- Formulário Específico:** Deficiência do Hormônio de Crescimento em Crianças e Adolescentes - Monitoramento do Tratamento

#### EXAMES

##### → SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Dois Testes de Estímulo para GH com data e estímulos diferentes (Insulina, Clonidina, Levodopa e/ou Glugagon) ou um teste nos casos de Alterações Anatômicas da Hipófise:
  - Meninas TANNER 1 ou 2 aos 10 anos: necessário PRIMING (Estrógeno) antes dos testes
  - Meninos TANNER 1 ou 2 aos 11 anos: necessário PRIMING (Testosterona) antes dos testes
- Laudo de Ressonância Nuclear Magnética de Sela Túrcica e Região Hipotalâmica (Último exame realizado)
- Laudo de Radiografia de punho e mão não dominante com Idade Óssea (Último Exame Realizado)
- IGF-1 (Validade 6 meses)
- Glicose (Validade 6 meses)
- TSH (Validade 6 meses)
- T4 Livre (Validade 6 meses)

##### → MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

Não se aplica

#### OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Necessário apresentar Receita de Controle Especial (branca) a cada dispensação.

DATA:

LOCAL:

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





## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES SOLICITAÇÃO INICIAL

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																																										
2	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M																																										
3	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____																																										
4	<b>AUXOGRAMA DO CRESCIMENTO NO ÚLTIMO ANO</b> <table border="1"><thead><tr><th>DATA</th><th>ALTURA</th><th>MEDICAÇÃO UTILIZADA COMO ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	DATA	ALTURA	MEDICAÇÃO UTILIZADA COMO ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO																																							
DATA	ALTURA	MEDICAÇÃO UTILIZADA COMO ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO																																									
5	ALTURA ATUAL: _____ cm																																										
6	PESO ATUAL: _____ kg																																										
7	IDADE CRONOLÓGICA: _____ anos																																										
8	IDADE ALTURA: _____ anos																																										
9	IDADE PESO: _____ anos																																										
10	<b>TESTES DE ESTÍMULO DO GH:</b> <table border="1"><thead><tr><th rowspan="2">INSULINA</th><th colspan="2">30 min</th><th colspan="2">60 min</th><th colspan="2">90 min</th><th rowspan="2">120 min</th><th rowspan="2">180 min</th></tr><tr><th>GH</th><th>Glicemia</th><th>GH</th><th>Glicemia</th><th>GH</th><th>Glicemia</th></tr></thead><tbody><tr><td>GLUCAGON</td><td colspan="2">GH</td><td colspan="2">GH</td><td colspan="2">GH</td><td>GH</td><td>GH</td></tr><tr><td>CLONIDINA</td><td colspan="2">GH</td><td colspan="2">GH</td><td colspan="2">GH</td><td>GH</td><td>GH</td></tr><tr><td>LEVODOPA</td><td colspan="2">GH</td><td colspan="2">GH</td><td colspan="2">GH</td><td>GH</td><td>GH</td></tr></tbody></table> <p>** Meninas Tanner abaixo de M3 e PH3 a partir de 8 anos - necessário <i>priming</i> antes dos testes. ** Meninos Tanner abaixo de PH3 a partir de 9 anos - necessário <i>priming</i> antes dos testes.</p>	INSULINA	30 min		60 min		90 min		120 min	180 min	GH	Glicemia	GH	Glicemia	GH	Glicemia	GLUCAGON	GH		GH		GH		GH	GH	CLONIDINA	GH		GH		GH		GH	GH	LEVODOPA	GH		GH		GH		GH	GH
INSULINA	30 min		60 min		90 min		120 min	180 min																																			
	GH	Glicemia	GH	Glicemia	GH	Glicemia																																					
GLUCAGON	GH		GH		GH		GH	GH																																			
CLONIDINA	GH		GH		GH		GH	GH																																			
LEVODOPA	GH		GH		GH		GH	GH																																			



<b>11</b>	<b>EXAMES DE IMAGEM:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ressonância Magnética: Data: ____/____/____ Resultados: _____ _____</li><li>• RX de mão e punho: Data do exame: ____/____/____ Idade óssea de _____ anos</li></ul>
<b>12</b>	<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____
<b>13</b>	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b> Data de preenchimento: ____/____/____ Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>

Atualizado em 26/02/2021

**ORIENTAÇÕES AO PACIENTE PARA A APLICAÇÃO DE SOMATROPINA**

O(A) paciente vai utilizar \_\_\_\_\_ UI de Somatropina \_\_\_\_\_ UI/Frasco, que equivale a \_\_\_\_\_ mL ou \_\_\_\_\_ unidades na seringa de insulina, \_\_\_\_\_ vezes por semana.

**Recomendações para o cálculo do volume a ser aplicado:**

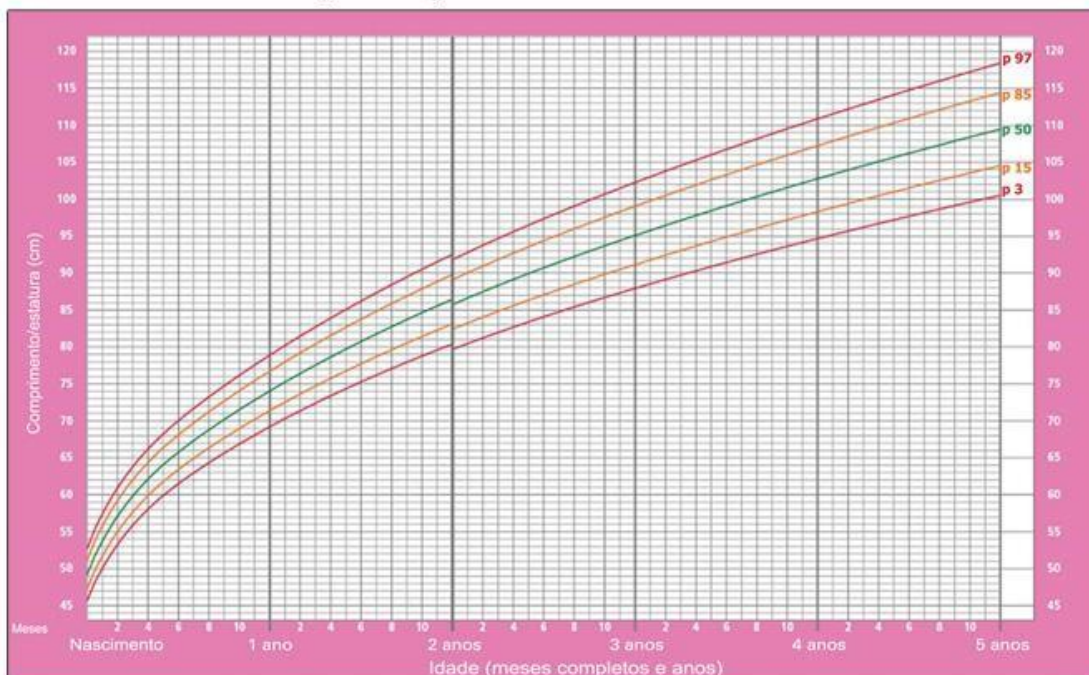
Volume a ser aplicado em mL =  $\frac{\text{Volume total do frasco cheio em mL} \times \text{Quantidade de UI em cada aplicação}}{\text{Quantidade de UI total do frasco}}$



## MODELOS DE CURVA DE CRESCIMENTO - OMS

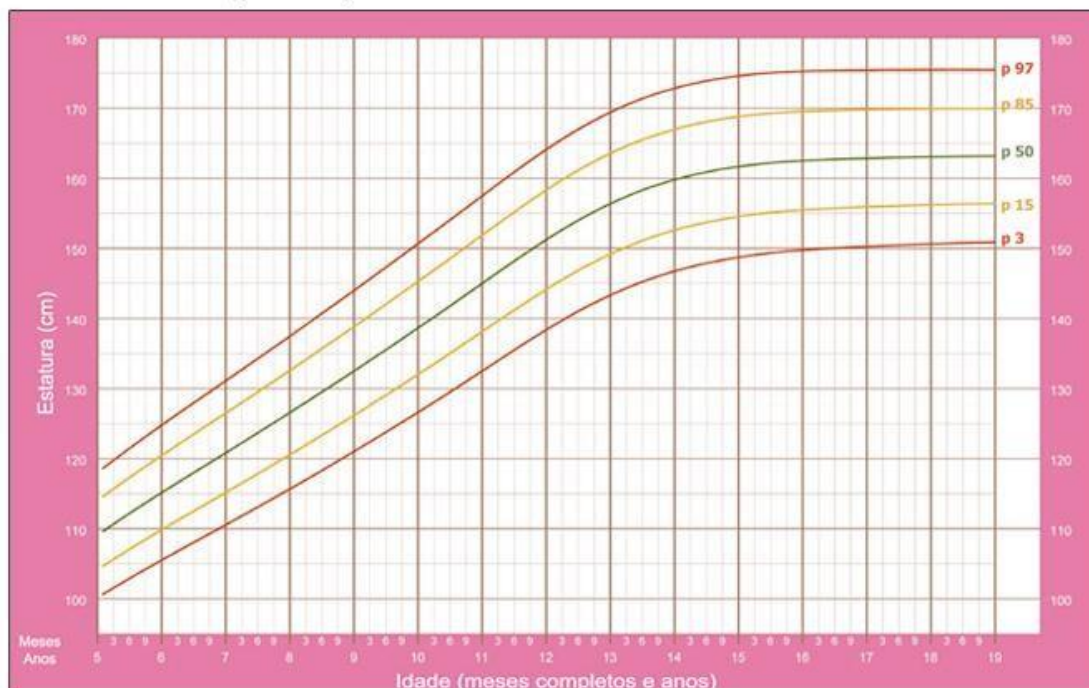
### Meninas

Do nascimento aos 5 anos (percentis)



Clique aqui para ampliar o gráfico

Dos 5 aos 19 anos (percentis)



Clique aqui para ampliar o gráfico

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_

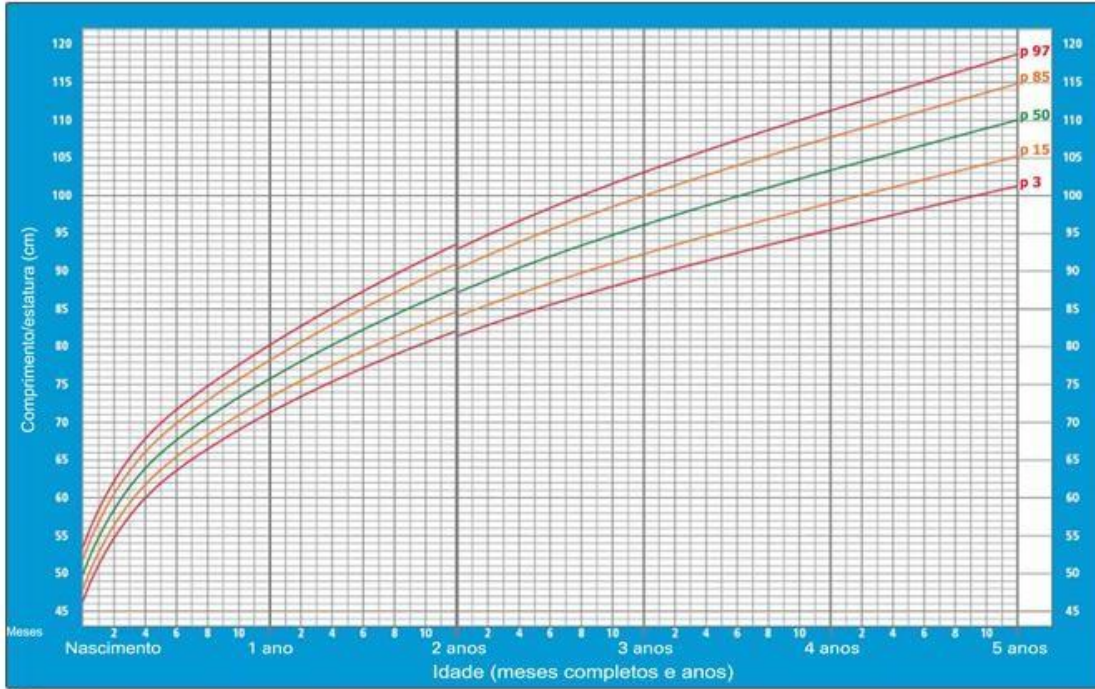
Médico



## MODELOS DE CURVA DE CRESCIMENTO - OMS

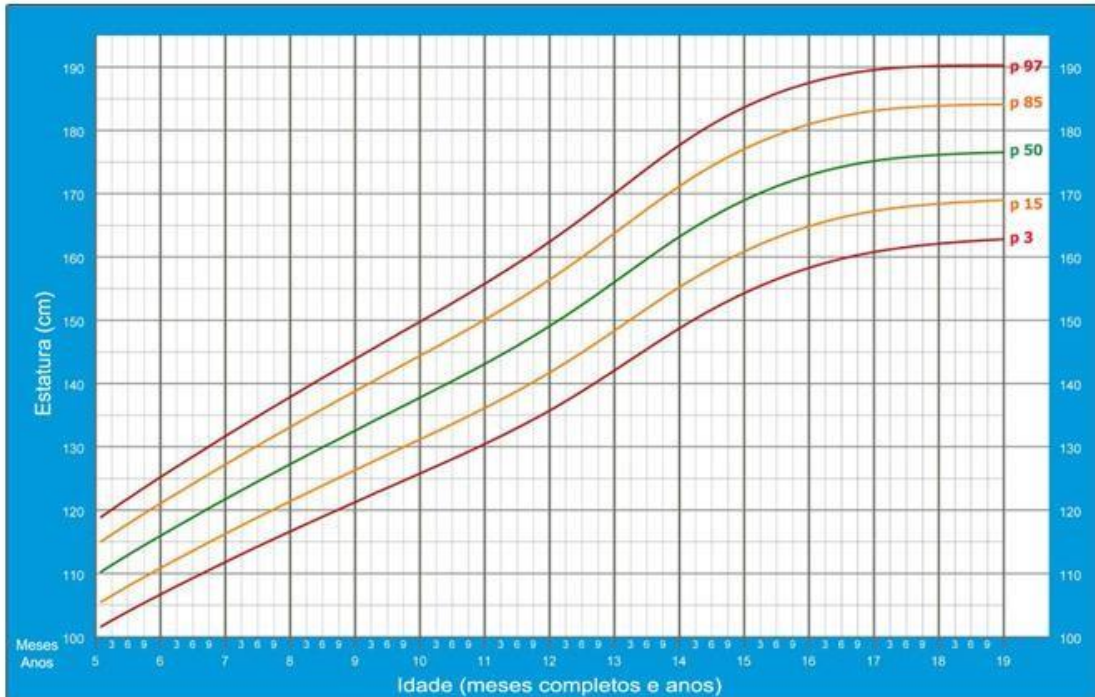
### Meninos

Do nascimento aos 5 anos (percentis)



[Clique aqui para ampliar o gráfico](#)

Dos 5 aos 19 anos (percentis)



[Clique aqui para ampliar o gráfico](#)

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_

Médico



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES MONITORAMENTO DO TRATAMENTO

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																																												
2	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____																																												
3	DURANTE ESTA ÚLTIMA COTA DO GH, A MÉDIA DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO FOI DE: _____ CM/ ANO.																																												
4	<b>DADOS DAS CONSULTAS ANTERIORES:</b> <table border="1"><thead><tr><th>DADOS</th><th>DATA:</th><th>DATA:</th><th>DATA:</th></tr></thead><tbody><tr><td>Idade Cronológica</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Peso em quilo</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Altura em cm</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Idade altura</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Idade peso</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Idade óssea (anual)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Glicose (anual)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>IGF-1 (anual)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>TSH (anual)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>T4 livre (anual)</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>Tendo em vista os resultados acima obtidos, solicito a continuação do tratamento.</p>	DADOS	DATA:	DATA:	DATA:	Idade Cronológica				Peso em quilo				Altura em cm				Idade altura				Idade peso				Idade óssea (anual)				Glicose (anual)				IGF-1 (anual)				TSH (anual)				T4 livre (anual)			
DADOS	DATA:	DATA:	DATA:																																										
Idade Cronológica																																													
Peso em quilo																																													
Altura em cm																																													
Idade altura																																													
Idade peso																																													
Idade óssea (anual)																																													
Glicose (anual)																																													
IGF-1 (anual)																																													
TSH (anual)																																													
T4 livre (anual)																																													
5	<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b> _____ _____																																												
6	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b> Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico																																												

Atualizado em 26/02/2021

### ORIENTAÇÕES AO PACIENTE PARA A APLICAÇÃO DE SOMATROPINA

O(A) paciente vai utilizar \_\_\_\_\_ UI de Somatropina \_\_\_\_\_ UI/Frasco, que equivale a \_\_\_\_\_ mL ou \_\_\_\_\_ unidades na seringa de insulina, \_\_\_\_\_ vezes por semana.

#### Recomendações para o cálculo do volume a ser aplicado:

Volume a ser aplicado em mL =  $\frac{\text{Volume total do frasco cheio em mL} \times \text{Quantidade de UI em cada aplicação}}{\text{Quantidade de UI total do frasco}}$

**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](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			