



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)

COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

Medicamentos com restrição de idade:

Risperidona 1mg, 2mg e 1mg/mL - Idade mínima: 5 anos

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: Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo
- Escala de Comportamento Atípico
- Escala de Autoagressão ou Agressão

→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

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

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

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 – COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA)

1	<p>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____</p> <p>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____</p> <p>IDADE (anos): _____</p>																				
2	<p>DIAGNÓSTICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA</p> <p>Detalhar a história clínica do paciente, início da doença além dos sintomas incluindo agressividade e autoagressão.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																				
3	<p>PACIENTE É ACOMPANHADO POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, especifique quais são os profissionais:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																				
4	<p>INFORMAR SE O (A) PACIENTE APRESENTA:</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Doença cardiovascular ou cerebrovascular;</td><td><input type="checkbox"/> Glaucoma;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Neoplasias;</td><td><input type="checkbox"/> Catarata;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus de difícil controle ou descompensada;</td><td><input type="checkbox"/> Doença de Parkinson;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hepatopatia;</td><td><input type="checkbox"/> Doença de Alzheimer;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Insuficiência renal;</td><td><input type="checkbox"/> Gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doença da tireoide;</td><td><input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dislipidemia;</td><td><input type="checkbox"/> Dependência ou abuso de drogas psicoativas;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hiperprolactinemia;</td><td><input type="checkbox"/> Depressão;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> História de convulsões ou epilepsia;</td><td><input type="checkbox"/> Antecedente de tentativa de suicídio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Agranulocitose ou uso de drogas mielossupressoras;</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Doença cardiovascular ou cerebrovascular;	<input type="checkbox"/> Glaucoma;	<input type="checkbox"/> Neoplasias;	<input type="checkbox"/> Catarata;	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus de difícil controle ou descompensada;	<input type="checkbox"/> Doença de Parkinson;	<input type="checkbox"/> Hepatopatia;	<input type="checkbox"/> Doença de Alzheimer;	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal;	<input type="checkbox"/> Gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação;	<input type="checkbox"/> Doença da tireoide;	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica;	<input type="checkbox"/> Dislipidemia;	<input type="checkbox"/> Dependência ou abuso de drogas psicoativas;	<input type="checkbox"/> Hiperprolactinemia;	<input type="checkbox"/> Depressão;	<input type="checkbox"/> História de convulsões ou epilepsia;	<input type="checkbox"/> Antecedente de tentativa de suicídio.	<input type="checkbox"/> Agranulocitose ou uso de drogas mielossupressoras;	
<input type="checkbox"/> Doença cardiovascular ou cerebrovascular;	<input type="checkbox"/> Glaucoma;																				
<input type="checkbox"/> Neoplasias;	<input type="checkbox"/> Catarata;																				
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus de difícil controle ou descompensada;	<input type="checkbox"/> Doença de Parkinson;																				
<input type="checkbox"/> Hepatopatia;	<input type="checkbox"/> Doença de Alzheimer;																				
<input type="checkbox"/> Insuficiência renal;	<input type="checkbox"/> Gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação;																				
<input type="checkbox"/> Doença da tireoide;	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica;																				
<input type="checkbox"/> Dislipidemia;	<input type="checkbox"/> Dependência ou abuso de drogas psicoativas;																				
<input type="checkbox"/> Hiperprolactinemia;	<input type="checkbox"/> Depressão;																				
<input type="checkbox"/> História de convulsões ou epilepsia;	<input type="checkbox"/> Antecedente de tentativa de suicídio.																				
<input type="checkbox"/> Agranulocitose ou uso de drogas mielossupressoras;																					



5	OUTROS FATORES DESENCADEANTES DE AGRESSIVIDADE: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Problemas coexistentes (distúrbios físicos), tais como dor e distúrbios gastrointestinais;<input type="checkbox"/> Transtornos mentais, tais como ansiedade, depressão e psicose;<input type="checkbox"/> O ambiente social, incluindo o lar, escola, família, parceiro, cuidadores e amigos além de atividades de lazer;<input type="checkbox"/> Problemas de comunicação;<input type="checkbox"/> Alterações em rotinas ou contextos;<input type="checkbox"/> Mudanças do próprio desenvolvimento, incluindo a puberdade;<input type="checkbox"/> Excesso de estímulos como luzes, barulhos, cores e pessoas;<input type="checkbox"/> Problemas com o sono;<input type="checkbox"/> Situações de exploração ou abuso.
6	INFORMAR TRATAMENTOS PRÉVIOS: <p>Detalhar o comportamento agressivo ou auto agressivo não responsivo à terapia não medicamentosa.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
7	OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>



ESCALA DE COMPORTAMENTO ATÍPICO – TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA)

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____										
2	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____										
3	NOME DO AVALIADOR: _____										
4	RELAÇÃO COM O PACIENTE (MARQUE UMA ALTERNATIVA): <input type="checkbox"/> PAIS <input type="checkbox"/> PROFESSOR <input type="checkbox"/> TREINADOR/SUPERIOR Outros, especifique: _____										
5	ONDE O PACIENTE FOI OBSERVADO: <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> ESCOLA <input type="checkbox"/> CRÉCHE Outros, especifique: _____										
6	CASO ESTEJA NA ESCOLA, QUAL TIPO (MARQUE UMA ALTERNATIVA): <input type="checkbox"/> ESCOLA PARA PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS <input type="checkbox"/> ESCOLA PARA PORTADORES DE AUTISMO <input type="checkbox"/> ESCOLA DE INCLUSÃO <input type="checkbox"/> ESCOLA COMUM Outros, especifique: _____										
7	GRUPO ÉTNICO: <input type="checkbox"/> BRANCO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> PARDO Outros, especifique: _____										
8	SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE: _____ Surdez? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Cegueira? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Epilepsia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Paralisia cerebral? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO										
9	MEDICAMENTOS EM USO ATUALMENTE: <table border="1"><thead><tr><th>MEDICAMENTO</th><th>DOSAGEM</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	MEDICAMENTO	DOSAGEM								
MEDICAMENTO	DOSAGEM										
10	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____/____/____ Assinatura e carimbo: _____ Médico										



ESCALA DE COMPORTAMENTO ATÍPICO – CONTINUAÇÃO

INSTRUÇÕES:

A escala de sintomas ABC comunitária foi elaborada para ser usada em pacientes que vivem em comunidade. Por isso o termo paciente é usado para se referir à pessoa que está sendo avaliada, que pode ser uma criança em idade escolar, um adolescente ou um adulto.

Pontue o comportamento do paciente em relação às quatro últimas semanas. Para cada item decida se o comportamento é um problema e circule o número apropriado:

- 0 = não é problema;
- 1 = o comportamento é um problema, mas em grau leve;
- 2 = o problema tem gravidade moderada;
- 3 = o problema é grave.

Quando estiver julgando o comportamento do paciente, tenha em mente os seguintes pontos a seguir:

- a) Considere a frequência com que cada comportamento acontece de forma relativa. Por exemplo, se um paciente em média mais acessos de fúria do que a maioria de outros pacientes que você conhece, ou do que a maioria dos seus colegas de classe, a gravidade é provavelmente moderada (2) ou grave (3), mesmo que ocorra somente uma ou duas vezes por semana. Outros comportamentos, como desobediência, provavelmente precisam ocorrer com maior frequência para merecer a pontuação máxima.
- b) Considere a opinião de outros cuidadores do paciente, caso você tenha acesso a essa informação. Se o paciente tem problemas com outros, mas não com você, tente levar em conta a situação em geral.
- c) Tente considerar se um determinado comportamento interfere no desenvolvimento, funcionamento ou relacionamento dele/dela. Por exemplo, balançar o corpo ou retraimento social podem não perturbar outras crianças ou adultos, mas certamente atrapalha o funcionamento ou desenvolvimento individual.

Não se detenha muito tempo em cada item, sua primeira impressão geralmente é a correta.

1.	<i>Excessivamente ativo(a) em casa, na escola, no trabalho ou em qualquer lugar</i>	0	1	2	3
2.	<i>Fere-se de propósito</i>	0	1	2	3
3.	<i>Indiferente, lento(a), parado(a)</i>	0	1	2	3
4.	<i>Agressivo(a) com outras crianças ou adultos (verbalmente ou fisicamente)</i>	0	1	2	3
5.	<i>Procura se isolar dos outros</i>	0	1	2	3
6.	<i>Movimentos corporais repetitivos e sem sentido</i>	0	1	2	3
7.	<i>Barulhento(a) (ruídos grosseiros e inapropriados)</i>	0	1	2	3
8.	<i>Grita inapropriadamente</i>	0	1	2	3
9.	<i>Fala excessivamente</i>	0	1	2	3
10.	<i>Crises de birra/acesso de fúria</i>	0	1	2	3
11.	<i>Comportamentos estereotipados; movimentos anormais, repetitivos</i>	0	1	2	3
12.	<i>Preocupado(a), fixa o olhar no vazio</i>	0	1	2	3
13.	<i>Impulsivo(a) (age sem pensar)</i>	0	1	2	3
14.	<i>Irritável e queixoso(a)</i>	0	1	2	3
15.	<i>Inquieto(a), incapaz de permanecer sentado(a)</i>	0	1	2	3
16.	<i>Retraído(a); prefere atividades solitárias</i>	0	1	2	3
17.	<i>Estranho, comportamento esquisito</i>	0	1	2	3
18.	<i>Desobediente; difícil de controlar</i>	0	1	2	3
19.	<i>Grita em momentos inapropriados</i>	0	1	2	3



20.	<i>Expressão facial imóvel, fixa; falta de reposta emocional</i>	0	1	2	3
21.	<i>Incomoda os outros</i>	0	1	2	3
22.	<i>Fala repetitiva</i>	0	1	2	3
23.	<i>Não faz nada a não ficar sentado(a) e olhar os outros</i>	0	1	2	3
24.	<i>Não é cooperativo</i>	0	1	2	3
25.	<i>Depressivo(a)</i>	0	1	2	3
26.	<i>Resiste a qualquer forma de contato físico</i>	0	1	2	3
27.	<i>Movimenta ou balança a cabeça para trás para frente repetidamente</i>	0	1	2	3
28.	<i>Não presta atenção às instruções</i>	0	1	2	3
29.	<i>Os pedidos têm que ser atendidos imediatamente</i>	0	1	2	3
30.	<i>Isola-se de outras crianças ou de adultos</i>	0	1	2	3
31.	<i>Tumultua as atividades em grupo</i>	0	1	2	3
32.	<i>Fica sentado(a) ou em pé na mesma posição por muito tempo</i>	0	1	2	3
33.	<i>Fala sozinho(a) em voz alta</i>	0	1	2	3
34.	<i>Chora por mínimos aborrecimentos e machucados</i>	0	1	2	3
35.	<i>Movimentos repetitivos das mãos, do corpo ou da cabeça</i>	0	1	2	3
36.	<i>O humor muda rapidamente</i>	0	1	2	3
37.	<i>Não acompanha as atividades estruturadas (não reage)</i>	0	1	2	3
38.	<i>Não permanece sentado (ex. durante as lições ou outras atividades, refeições, etc.)</i>	0	1	2	3
39.	<i>Não fica sentado(a) nem por um tempo mínimo</i>	0	1	2	3
40.	<i>Difícil alcança-lo(la), contatá-lo(la) ou chegar até ele(ela)</i>	0	1	2	3
41.	<i>Chora e grita inapropriadamente</i>	0	1	2	3
42.	<i>Prefere ficar sozinho(a)</i>	0	1	2	3
43.	<i>Não tenta se comunicar por palavras ou gestos</i>	0	1	2	3
44.	<i>Distrai-se com facilidade</i>	0	1	2	3
45.	<i>Balança ou agita as mãos ou pés repetidamente</i>	0	1	2	3
46.	<i>Repete várias vezes uma palavra ou frase</i>	0	1	2	3
47.	<i>Bate os pés, ou faz barulho estrondoso com objetos ou bate portas com força</i>	0	1	2	3
48.	<i>Constantemente corre ou pula em torno do cômodo</i>	0	1	2	3
49.	<i>Balança o corpo para trás e para frente repetidamente</i>	0	1	2	3
50.	<i>Causa machucados em si mesmo</i>	0	1	2	3
51.	<i>Não presta atenção quando falam com ele (ela)</i>	0	1	2	3
52.	<i>Pratica violência contra si próprio</i>	0	1	2	3
53.	<i>Inativo (a), nunca se move espontaneamente</i>	0	1	2	3
54.	<i>Tende a ser excessivamente ativo (a)</i>	0	1	2	3
55.	<i>Reage negativamente ao contato afetivo</i>	0	1	2	3
56.	<i>Ignora propositalmente as instruções</i>	0	1	2	3
57.	<i>Tem acesso de fúria ou birra quando contrariado</i>	0	1	2	3
58.	<i>Demonstra pouca reação social aos outros</i>	0	1	2	3



ESCALA DE AUTOAGRESSÃO E AGRESSÃO – TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA) (BEHAVIOR PROBLEMS – BPI – S)

INSTRUÇÕES:

Nas páginas seguintes você encontrará definições gerais seguidas de descrições específicas de três tipos de problemas de comportamento: comportamentos de autoagressão (itens 1-15), comportamentos estereotipados (itens 16-40) e comportamentos agressivos ou destrutivos (itens 41-52).

Por favor, indique quais comportamentos você observou a pessoa nos últimos dois meses circulando o número no quadrado adequado para indicar: (a) com que frequência o comportamento descrito geralmente ocorre (frequência) e (b) quão problemático é este comportamento (severidade).

Se o comportamento não foi observado durante os últimos dois meses, escolha “nunca” (ou seja, número “0”).

Para obter a pontuação da subescala para esses três itens, some os valores numéricos dos quadrados selecionados, separadamente para as escalas de frequência e severidade.

		FREQUÊNCIA					SEVERIDADE		
		Nunca	Mensal	Semanal	Diária	O tempo todo	Leve	Moder.	Grave
1	<i>Morde a si próprio (com tal força que a marca dos dentes pode ser vista por algum tempo; vermelhidão ou corte na pele podem ocorrer).</i>	0	1	2	3	4	1	2	3
2	<i>Bater na cabeça com a mão ou com outra parte do corpo (por exemplo, tapas no rosto, bater com o joelho contra a testa) com ou contra objetos (por exemplo, jogar-se contra a parede, bater na cabeça com brinquedo).</i>	0	1	2	3	4	1	2	3
3	<i>Bater no próprio corpo (exceto cabeça) com as mãos ou outra parte do corpo (por exemplo, chutar-se, dar tapas nos braços ou coxas) com ou contra objetos (por exemplo, bater nas pernas com um bastão, socar a parede).</i>	0	1	2	3	4	1	2	3
4	<i>Arranhar-se (com tal força que a vermelhidão da pele seja visível, corte na pele também pode ocorrer).</i>	0	1	2	3	4	1	2	3
5	<i>Pica: levar a boca ou engolir objetos que não se deve por na boca ou engolir por motivo de higiene ou saúde (itens não alimentícios, tais como fezes, grama, papel, lixo, cabelo).</i>	0	1	2	3	4	1	2	3
6	<i>Inserir objetos em orifício do corpo (nariz, ânus, etc.).</i>	0	1	2	3	4	1	2	3
7	<i>Puxar o cabelo (arrancar mechas de cabelo).</i>	0	1	2	3	4	1	2	3
8	<i>Ranger os dentes (evidências de dentes rangidos).</i>	0	1	2	3	4	1	2	3
Frequência total						Severidade total			



		FREQUÊNCIA					SEVERIDADE		
		Nunca	Mensal	Semanal	Diária	O tempo todo	Leve	Moder.	Grave
9	Bater em outros	0	1	2	3	4	1	2	3
10	Chutar os outros	0	1	2	3	4	1	2	3
11	Empurrar os outros	0	1	2	3	4	1	2	3
12	Morder os outros	0	1	2	3	4	1	2	3
13	Agarrar e puxar os outros	0	1	2	3	4	1	2	3
14	Arranhar os outros	0	1	2	3	4	1	2	3
15	Beliscar os outros	0	1	2	3	4	1	2	3
16	Agredir verbalmente os outros	0	1	2	3	4	1	2	3
17	Destruir as coisas (por exemplo, rasgar roupas, jogar cadeiras, quebrar mesas)	0	1	2	3	4	1	2	3
18	Ser malvado ou cruel (por exemplo, pegar brinquedos, ou comida dos outros, intimidar os outros)	0	1	2	3	4	1	2	3
					Frequência total			Severidade total	

© 2001, Johannes Rojahn

Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.

_____ Data: ____/____/____

Assinatura

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			