



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)

TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA

Medicamentos com restrição de idade:

Enoxaparina - Idade mínima: 9 anos e Idade máxima: 60 anos

DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto) | <input type="checkbox"/> Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) |
| <input type="checkbox"/> Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF) | <input type="checkbox"/> 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:** Tromboembolismo Venoso em Gestantes Com Trombofilia - Solicitação Inicial de Enoxaparina

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

- LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- Prescrição Médica**
- Formulário Específico:** Tromboembolismo Venoso em Gestantes Com Trombofilia - Monitoramento do Tratamento

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses) | <input type="checkbox"/> Creatinina Sérica (Validade 3 meses) |
|---|---|

Para Comprovação do Estado Gestacional

- Dosagem de β -HCG urinário ou Dosagem de β -HCG sérico ou Laudo de Ultrassonografia Transvaginal ou Laudo de Ultrassonografia Pélvica

Para História Pessoal de Tromboembolismo Venoso (TEV) (Último exame realizado)

- Laudo de Ultrassonografia Doppler colorido de Vasos ou Laudo de Tomografia Computadorizada ou Laudo de Ressonância Magnética

OU

Para Síndrome Antifosfolípídeo (SAF) (Dois exames com intervalo mínimo de 12 semanas)

- Anticoagulante Lúpico ou Anticardiolipina IgG e IgM ou Antibeta-2-Glicoproteína I IgG e IgM

OU

Para Trombofilia Hereditária de Alto Risco (Último exame realizado)

- Laudo de Mutação Homozigótica para o Fator V de Leiden e/ou Laudo de Mutação Homozigótica para o Gene da Protrombina e/ou Laudo de Deficiência da Antitrombina III e/ou Laudo de Mutações Heterozigóticas para o Fator V de Leiden e do Gene da Protrombina Associadas

OU

Para Trombofilia Hereditária de Baixo Risco (Último exame realizado)

- Laudo de Mutação Heterozigótica para o Fator V de Leiden e/ou Mutação Heterozigótica para o Gene da Protrombina e/ou Deficiência da Proteína C ou da Proteína S e/ou Presença de Anticorpo Antifosfolípídeo na ausência de eventos clínicos

→ MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

- Hemograma com Plaquetas (Validade 30 dias)
- Creatinina sérica (Validade 3 meses)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Para comprovação do estado gestacional, necessário apresentar a cada dispensação o Laudo de um dos seguintes exames:

- Dosagem de β -HCG urinário ou Dosagem de β -HCG sérico ou Ultrassonografia Transvaginal ou Ultrassonografia Pélvica.

Para pacientes que farão o uso por até 6 semanas após o parto, é necessário apresentar a cada dispensação a cópia do Sumário de Alta, contendo a data do parto.

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





**FORMULÁRIO ESPECÍFICO – TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM
TROMBOFILIA
SOLICITAÇÃO INICIAL DE ENOXAPARINA**

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____												
2	PESO DA PACIENTE: _____												
3	INFORMAR SE A PACIENTE APRESENTA: <hr/> <table><tr><td>História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV) <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i></td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Síndrome Antifosfolípídeo (SAF) <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i></td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Trombofilia hereditária de alto risco <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i></td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Trombofilia hereditária de baixo risco <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i></td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV) <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Síndrome Antifosfolípídeo (SAF) <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Trombofilia hereditária de alto risco <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Trombofilia hereditária de baixo risco <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV) <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>											
Síndrome Antifosfolípídeo (SAF) <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>											
Trombofilia hereditária de alto risco <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>											
Trombofilia hereditária de baixo risco <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>											
4	PARA PACIENTES COM HISTÓRIA PESSOAL DE TEV: 4.1 INFORMAR: Paciente com histórico de dois ou mais episódios de TEV? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 4.2 CLASSIFICAR O GRAU DE RISCO DE RECORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> <u>Moderado a alto risco</u> (TEV único episódio não provocado; TEV relacionado a gravidez ou anticoncepção hormonal contendo estrogênio; ou múltiplos TEV prévios não provocados). OU <input type="checkbox"/> <u>Baixo risco</u> (trauma, imobilização, cirurgia de longa duração, sem relação com anticoncepcional hormonal ou gravidez).												
5	PARA PACIENTES COM SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDEO (SAF): 5.1 ASSINALAR CASO PACIENTE APRESENTE OS SEGUINTE CRITÉRIOS CLÍNICOS: <input type="checkbox"/> A) Histórico de um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial (<i>anexar exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite</i>) <input type="checkbox"/> B) Histórico de, pelo menos, três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente (<i>relatar no campo abaixo</i>) <input type="checkbox"/> C) Histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfolologicamente normal e sem causa aparente (<i>relatar no campo abaixo</i>) <input type="checkbox"/> D) Histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária (<i>relatar no campo abaixo</i>) 5.2 DETALHAR CRITÉRIOS (B, C ou D): _____ _____ _____ _____												



6	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>									
7	INFORMAR SE A PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <hr/> <table border="0" data-bbox="204 689 1465 913"><tr><td data-bbox="204 689 1177 768">Hemorragia ativa de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável</td><td data-bbox="1177 689 1305 768">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1305 689 1465 768">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="204 768 1177 835">História de acidente vascular cerebral hemorrágico recente</td><td data-bbox="1177 768 1305 835">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1305 768 1465 835">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="204 835 1177 913">História de trombocitopenia induzida por heparina mediada por imunidade (HIT) nos últimos 100 dias ou na presença de anticorpos circulantes;</td><td data-bbox="1177 835 1305 913">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1305 835 1465 913">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table> <hr/>	Hemorragia ativa de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	História de acidente vascular cerebral hemorrágico recente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	História de trombocitopenia induzida por heparina mediada por imunidade (HIT) nos últimos 100 dias ou na presença de anticorpos circulantes;	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Hemorragia ativa de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>								
História de acidente vascular cerebral hemorrágico recente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>								
História de trombocitopenia induzida por heparina mediada por imunidade (HIT) nos últimos 100 dias ou na presença de anticorpos circulantes;	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>								
8	INFORMAR HISTÓRICO FAMILIAR: <p>Paciente com histórico de TEV em pai, mãe, irmãos consanguíneos ou filhos? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios)</i></p> <p>Paciente com histórico de trombofilia hereditária de alto risco em pai, mãe, irmãos consanguíneos ou filhos? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios)</i></p> <p>Paciente com histórico de trombofilia hereditária de baixo risco em pai, mãe, irmãos consanguíneos ou filhos? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios)</i></p>									
9	INFORMAR A TERAPIA INDICADA PARA A PACIENTE: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Anticoagulação profilática durante a gravidez e até seis semanas pós-parto.<ul style="list-style-type: none">– Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40mg/dia ou 60mg/dia, dependendo do peso corporal da paciente.<input type="checkbox"/> Anticoagulação profilática no pós-parto.<ul style="list-style-type: none">– Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40mg ou 60mg dependendo do peso corporal da paciente.<input type="checkbox"/> Anticoagulação profilática durante a gravidez e até seis semanas pós-parto + AAS.<ul style="list-style-type: none">– Enoxaparina sódica injetável 40mg/dia ou 60mg/dia dependendo do peso corporal da paciente + AAS comprimido 100mg/dia.<input type="checkbox"/> Anticoagulação plena durante a gravidez e até seis semanas pós-parto.<ul style="list-style-type: none">– Enoxaparina sódica injetável de 60mg ou 80mg dependendo do peso corporal da paciente, a cada 12h, não podendo ultrapassar 160mg/dia. <p>NOTA: Em casos de gestante com diagnóstico de síndrome do anticorpo fosfolípídeo (SAF) e trombose vascular ou com dois ou mais episódios de TEV é recomendada a anticoagulação plena de de 60mg a 80mg dependendo do peso corporal da paciente , a cada 12h, não podendo ultrapassar 160mg/dia.</p>									



10	INFORMAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO: IDADE GESTACIONAL (SEMANAS): _____ DATA PROVÁVEL DO PARTO: _____
11	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>

ATENÇÃO: De acordo com o PCDT, no ato da dispensação deve ser apresentado o laudo de pelo menos um dos exames de comprovação do estado gestacional: dosagem de β -hCG urinário, dosagem de β -hGC sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica.

Para pacientes que farão o uso, por até 6 semanas após o parto, é necessário que no ato da dispensação seja apresentado cópia do Sumário de Alta, contendo a data do parto.



**FORMULÁRIO ESPECÍFICO – TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM
TROMBOFILIA
MONITORAMENTO DO TRATAMENTO**

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
3	PARA PACIENTES GESTANTES, INFORMAR: Idade gestacional em semanas: _____ Data provável do parto: _____ PARA PACIENTES PÓS PARTO, INFORMAR: Data do parto: _____ (A profilaxia pode se iniciar no período pré-natal e se estender até 6 semanas pós-parto)
4	ANEXAR: Hemograma com plaquetas (validade 30 dias) e Creatinina sérica (validade 3 meses).
5	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* _____ 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			