GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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)

Observação: Para solicitações de Calcitriol pós-procedimento de paratireoidectomia não é necessário realizar o agendamento para o atendimento.

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

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

DISTÚRBIO MINERAL E ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Medicamentos com restrição de idade:
Cinacalcete e Paricalcitol - Idade mínima: 18 anos
Sevelâmer - Idade mínima: 1 ano

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 E MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)	→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ **Prescrição Médica** ☐ **Formulário Específico:** Distúrbio Mineral e Ósseo na DRC	☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ **Prescrição Médica**	☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ **Prescrição Médica** ☐ **Formulário Específico:** Distúrbio Mineral e Ósseo na DRC

DOCUMENTO EMITIDO PELO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

→ SOLICITAÇÃO INICIAL	→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
Para Sevelâmer ☐ **Relatório de Acompanhamento**	**Para Sevelâmer** ☐ **Relatório de Acompanhamento**

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

Não se aplica

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO
OU
→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO): EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME NOVO MEDICAMENTO REQUERIDO

Para Calcitriol e Paricalcitol
- ☐ Fósforo (Validade 3 meses)
- ☐ Cálcio (Validade 3 meses)
- ☐ Albumina (Validade 3 meses)
- ☐ PTH (Validade 6 meses)

Para Calcitriol (pacientes submetidos a paratireoidectomia)
- ☐ Fósforo (Validade 3 meses)
- ☐ Cálcio (Validade 3 meses)
- ☐ Albumina (Validade 3 meses)

Para Sevelâmer

Adultos:
- ☐ Fósforo (Validade 3 meses)
- ☐ Cálcio (Validade 3 meses)
- ☐ Albumina (Validade 3 meses)
- ☐ PTH (Validade 6 meses)

Crianças:
- ☐ Fósforo (Validade 3 meses)
- ☐ Cálcio (Validade 3 meses)
- ☐ Albumina (Validade 3 meses)

Para Cinacalcete
- ☐ Cálcio (Validade 3 meses)
- ☐ Albumina (Validade 3 meses)
- ☐ PTH (Validade 6 meses)

Para Desferroxamina
- ☐ Alumínio sérico (Validade 3 meses)
- ☐ Teste para diagnóstico de excesso de alumínio (Validade 3 meses)
- ☐ Laudo de Biópsia Óssea que comprove o depósito de alumínio (Se tiver) (Último exame realizado)

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

→ MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)			
Para Sevelâmer	**Para Calcitriol**	**Para Paricalcitol**	**Para Cinacalcete**
☐ Fósforo (Validade 3 meses)	☐ PTH (Validade 6 meses) * ☐ Fósforo (Validade 3 meses) ☐ Cálcio (Validade 3 meses) * Apresentação não necessária para pacientes submetidos a paratireoidectomia	☐ PTH (Validade 6 meses) ☐ Fósforo (Validade 3 meses) ☐ Cálcio (Validade 3 meses)	☐ Cálcio (Validade 3 meses) ☐ PTH (Validade 6 meses)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO
Não se aplica

DATA:	LOCAL:	
_____ NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA		SUS Sistema Único de Saúde

Atualizado em 08/09/2022

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DISTÚRBIO MINERAL E ÓSSEO NA DRC

1

NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____

NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____

2

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO – HISTÓRICO (Diagnóstico – quadro clínico – evolução)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

3

ASSINALAR A CLASSIFICAÇÃO DA DRC DO PACIENTE, DE ACORDO COM A TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR, CONFORME PCDT:

	Estágio	TFG (mL/min por 1,73m2)	Descrição
☐	1	> 90	Lesão renal com TFG normal ou aumentada
☐	2	60-89	Lesão renal com TFG levemente diminuída
☐	3 (A e B)	30-59	TFG moderadamente diminuída
☐	4	15-29	TFG gravemente diminuída
☐	5	< 15	Falência renal
☐	5D	< 15 em diálise	Falência renal em terapia substitutiva

4

INFORMAR:

☐ Paciente em tratamento conservador/sem terapia renal substitutiva atualmente;

☐ Paciente em hemodiálise;

☐ Paciente em diálise peritoneal;

5

PACIENTE JÁ FEZ TRANSPLANTE RENAL? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, descreva:

_____

_____

6

Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.

Data de preenchimento: _____ /_____ /_____

Assinatura e carimbo: _____

Médico

Atualizado em 08/09/2022

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

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**

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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			