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)

- ✓ 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)

ESPASTICIDADE

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**	→ **MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (SEMPRE QUE FOR SOLICITADO O MEDICAMENTO - INTERVALO MÍNIMO DE 3 MESES)**
☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ **Prescrição Médica** ☐ **Planejamento de aplicações** ou **Relatório Médico** informando as unidades a serem aplicadas por músculo/grupo muscular, intervalo das aplicações e data da próxima aplicação ☐ **Formulário Específico:** Espasticidade	☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ **Prescrição Médica** ☐ **Planejamento de aplicações** ou **Relatório Médico** informando as unidades a serem aplicadas por músculo/grupo muscular, intervalo das aplicações e data da próxima aplicação

EXAMES
→ **SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS**
☐ β-HCG para mulheres em idade fértil (Validade 15 dias)
→ **MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)**
Não se aplica

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO
Necessário apresentar o exame de β-HCG para mulheres em idade fértil (Validade 15 dias) a cada dispensação.

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

Atualizado em 26/02/2021

FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ESPASTICIDADE

1	**NOME CIVIL DO(A) PACIENTE**: _____ **NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE**: _____
2	**HISTÓRIA CLÍNICA** **2.1 Características clínicas e evolução da doença:** _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
	2.2 DIAGNÓSTICO/AVALIAÇÃO (preencher abaixo): • **Escala de Ashort Modificada (EAM):** ☐ Grau 0: Tônus normal; ☐ Grau 1: Leve aumento do tônus muscular, com mínima resistência no fim do movimento; ☐ Grau 1+: Leve aumento do tônus muscular, com mínima resistência em menos da metade do movimento; ☐ Grau 2: Aumento mais marcado do tônus muscular na maior parte do movimento, mas a mobilização passiva é efetuada com facilidade; ☐ Grau 3: Considerável aumento do tônus muscular, e o movimento passivo é difícil; ☐ Grau 4: Segmento afetado rígido em flexão ou extensão. • **Avaliação do impacto da espasticidade:** ☐ Função motora global; ☐ Dor; ☐ Desenvolvimento de contraturas; ☐ Deformidades osteomioarticulares; ☐ Autocuidados ou assistência do cuidador.
	2.3 PROGRAMA DE REABILITAÇÃO (informar qual o(a) paciente está inserido/realiza): ☐ Paciente está inserido em programa de reabilitação; ☐ Paciente realiza fisioterapia; ☐ Paciente realiza terapia ocupacional.

3 **<u>INFORMAR</u> SE PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:**

Hipersensibilidade a um ou mais componentes da formulação das apresentações de TBA	SIM ☐	NÃO ☐
Uso exclusivo para tratamento de espasticidade generalizada	SIM ☐	NÃO ☐
Perda definitiva da mobilidade articular por contratura fixa ou anquilose com grau 4 na EAM para o segmento a ser tratado	SIM ☐	NÃO ☐
Doenças da junção neuromuscular (miastenia grave, Síndrome de Lambert-Eaton)	SIM ☐	NÃO ☐
Desenvolvimento de anticorpos contra TBA	SIM ☐	NÃO ☐
Infecção no local de aplicação	SIM ☐	NÃO ☐
Gestante	SIM ☐	NÃO ☐
Lactante	SIM ☐	NÃO ☐
Uso concomitante de antibióticos aminoglicosídeos ou estreptomicina	SIM ☐	NÃO ☐
Impossibilidade de seguimento do acompanhamento médico e manutenção dos cuidados de reabilitação propostos	SIM ☐	NÃO ☐

4 **INFORMAR OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS (SE HOUVER):**

_____

_____

_____

_____

_____

5 **OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

6 **Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.**

Data de preenchimento: _____ /_____ /_____

Assinatura e carimbo: _____

Médico

Atualizado em 26/02/2021

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

PLANEJAMENTO DE APLICAÇÕES TBA – ESPASTICIDADE

Nome civil do(a) paciente: _____ Idade: _____
Nome social do(a) paciente: _____
Diagnóstico: _____ CID-10: _____

Toxina Botulínica Tipo A: ☐1 (100 UI) ☐2 (500 UI) Quantidade frascos:_____

Intervalo entre as aplicações: _____ meses Próxima aplicação: ____/____/_____

Músculos dos membros superiores	**Dose prescrita (U)**		**Número de pontos**
	Direito	**Esquerdo**	
Grande Dorsal			
Peitoral Maior			
Redondo Maior			
Redondo Menor			
Deltóide			
Bíceps Braquial			
Tríceps Braquial			
Braquiorradial			
Pronador Redondo			
Pronador Quadrado			
Flexor Ulnar do Carpo			
Extensor do Punho			
Flexor Radial do Carpo			
Palmar Longo			
Flexor Superficial dos Dedos			
Flexor Profundo dos Dedos			
Flexor Longo do Polegar			
Oponente do Polegar			
Adutor do Polegar			
Intrínsecos da Mão			
Músculos dos membros inferiores	**Dose prescrita (U)**		**Número de pontos**
	Direito	**Esquerdo**	
Paravertebral Lombar			
Adutores de Quadril			
Gastrocnêmio			
Sóleo			
Glúteo Mínimo			
Adutores da Coxa			
Reto Femoral			
Isquiotibiais			
Gastrocnêmio			
Sóleo			
Tibial Posterior			
Flexor Longo dos Artelhos			
Flexor Curto dos Artelhos			
Flexor Longo do Hálux			
Flexor Curto do Hálux			

Outros músculos	Dose prescrita (U)		Número de pontos
	Direito	Esquerdo	
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			
6-			

Observações:_____

_____

_____

_____

_____

Data: _____ /_____ /_____

Assinatura/Carimbo: _____

Atualizado em 04/02/2021

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

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

22- Correio eletrônico do paciente

***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			