



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)

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

Medicamentos com restrição de idade:

Adalimumabe, Etanercepte 50mg (originador), Tocilizumabe - Idade mínima: 2 anos

Infliximabe (originador) - Idade mínima: 6 anos

Etanercepte 50mg (biossimilar), Infliximabe (biossimilar), Leflunomida - Idade mínima: 18 anos

Etanercepte 25mg - Idade mínima: 2 anos e Idade máxima: 18 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	→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)	→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Artrite Idiopática Juvenil	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Artrite Idiopática Juvenil

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Proteína C Reativa ou VHS (Último exame realizado)
- Fator Reumatoide (Para AIJ Poliarticular FR Positivo ou AIJ Poliarticular FR Negativo) (Último exame realizado)
- HLA B27 (Para Artrite relacionada à Entesite) (Último exame realizado)
- Hemograma com plaquetas (Validade 3 meses)

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

<u>Para Naproxeno, Metotrexato, Sulfassalazina, Leflunomida e Tocilizumabe</u> <input type="checkbox"/> TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> Creatinina (Validade 3 meses)	<u>Para Abatacepte, Adalimumabe, Etanercepte, Infliximabe e Tocilizumabe</u> <input type="checkbox"/> Prova de Mantoux (Teste Tuberculínico-PPD) ou IGRA* *Observação: - Exames com resultado ≥ 5 mm/positivo ou pacientes que já se submeteram ao tratamento completo da tuberculose: (Último exame realizado) - Exames com resultado < 5 mm/negativo, enquanto paciente estiver em tratamento: (Validade de 1 ano)
--	--

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

<u>Para todos os medicamentos</u> <input type="checkbox"/> Hemograma com plaquetas (Validade 3 meses)	<u>Para Naproxeno, Metotrexato, Sulfassalazina, Leflunomida e Tocilizumabe</u> <input type="checkbox"/> TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> Creatinina (Validade 3 meses)
---	--

Para Abatacepte, Adalimumabe, Etanercepte, Infliximabe e Tocilizumabe

- Prova de Mantoux (Teste Tuberculínico-PPD) ou IGRA*
- *Observação:** - Exames com resultado ≥ 5 mm/positivo ou pacientes que já se submeteram ao tratamento completo da tuberculose: (Último exame realizado)
- Exames com resultado < 5 mm/negativo, enquanto paciente estiver em tratamento: (Validade de 1 ano)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

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

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____										
2	HISTÓRIA CLÍNICA 2.1 Informar o subtipo de Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) apresentada pelo paciente: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sistêmico;<input type="checkbox"/> AIJ oligoarticular;<input type="checkbox"/> AIJ poliarticular com FR positivo;<input type="checkbox"/> AIJ poliarticular com FR negativo;<input type="checkbox"/> Artrite psoriásica;<input type="checkbox"/> Artrite relacionada a entesite;<input type="checkbox"/> Artrite indiferenciada. 2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (informar quais critérios de inclusão abaixo o paciente apresenta): <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Artrite.<input type="checkbox"/> Febre (> 15 dias, documentada por pelo menos 3 dias na semana).<input type="checkbox"/> Mais outra manifestação extra-articular: rash, serosite, hepatomegalia, esplenomegalia, linfonodomegalia generalizada.<input type="checkbox"/> Uma a 4 articulações com artrite nos 6 primeiros meses de doença.<input type="checkbox"/> Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença.<input type="checkbox"/> Fator reumatoide positivo em 2 testes com intervalo de 3 ou mais meses.<input type="checkbox"/> Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença (grandes e pequenas articulações).<input type="checkbox"/> Fator reumatoide negativo.<input type="checkbox"/> Artrite e Psoríase.<input type="checkbox"/> Artrite e dois dos seguintes: dactilite, alteração ungueal (pequenas depressões puntiformes nas unhas ou onicólise), parente do primeiro grau com psoríase.<input type="checkbox"/> Artrite e Entesite.<input type="checkbox"/> Artrite ou entesite + dois dos seguintes: HLA B27 positivo, dor lombo-sacra inflamatória ou dor a dígito-pressão de sacroilíacas, início da artrite no sexo masculino, pacientes com mais de 6 anos, uveíte anterior aguda, parente de 1º grau com doença ligada ao HLAB27: espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, doença intestinal inflamatória com sacroiliíte, artrite reativa, uveíte anterior aguda.<input type="checkbox"/> Pacientes que não preenchem critérios de inclusão de nenhum dos 6 subtipos.<input type="checkbox"/> Pacientes que preenchem critérios para mais de um dos subtipos. 2.3 INFORMAR se o paciente apresente algum dos diagnósticos abaixo: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: none;">Psoríase ou história de psoríase em paciente ou parente de 1º grau.</td><td style="border: none; text-align: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="border: none;">Artrite com início em paciente com mais de seis anos, do sexo masculino e presença de HLA-B27.</td><td style="border: none; text-align: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="border: none;">Espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, sacroiliíte com artrite inflamatória intestinal, síndrome de artrite reativa, uveíte anterior aguda ou história de uma dessas doenças em um parente de 1º grau.</td><td style="border: none; text-align: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="border: none;">Presença de fator reumatoide IgM em duas ocasiões, com intervalo superior a 3 meses.</td><td style="border: none; text-align: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="border: none;">Presença de artrite sistêmica no paciente.</td><td style="border: none; text-align: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table> 2.4 Para AIJ OLIGOARTICULAR: presença de contratura? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Psoríase ou história de psoríase em paciente ou parente de 1º grau.	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Artrite com início em paciente com mais de seis anos, do sexo masculino e presença de HLA-B27.	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, sacroiliíte com artrite inflamatória intestinal, síndrome de artrite reativa, uveíte anterior aguda ou história de uma dessas doenças em um parente de 1º grau.	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Presença de fator reumatoide IgM em duas ocasiões, com intervalo superior a 3 meses.	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Presença de artrite sistêmica no paciente.	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Psoríase ou história de psoríase em paciente ou parente de 1º grau.	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>										
Artrite com início em paciente com mais de seis anos, do sexo masculino e presença de HLA-B27.	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>										
Espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, sacroiliíte com artrite inflamatória intestinal, síndrome de artrite reativa, uveíte anterior aguda ou história de uma dessas doenças em um parente de 1º grau.	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>										
Presença de fator reumatoide IgM em duas ocasiões, com intervalo superior a 3 meses.	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>										
Presença de artrite sistêmica no paciente.	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>										



3	INFORMAR se o paciente apresenta alguma das condições abaixo:		
	Sangramento gastrointestinal não controlado	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Infecção ativa	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Infecção fúngica ameaçadora à vida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Infecção por herpes-zoster ativa	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Hepatite B aguda	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Hepatite C aguda	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Gestante	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Lactante	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Porfíria	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Hipertensão arterial sistêmica grave não controlada	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Cistite hemorrágica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Neoplasia nos últimos cinco anos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Insuficiência cardíaca congestiva classe III ou IV	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	Doença neurológica desmielinizante	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Esclerose múltipla	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	
Risco iminente de perfuração intestinal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	
PARA SOLICITAÇÕES DE LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, SULFASSALAZINA E/OU CICLOSPORINA: Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose sem tratamento (ativa ou latente): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso destes medicamentos.			
4	INFORMAR TODOS OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS (Detalhar tempo de uso, falha terapêutica, intolerância e contraindicações): _____ _____ _____		
5	INFORMAR O JADAS CLÍNICO DO(A) PACIENTE para inclusão/troca de medicamentos biológicos (apenas para AIJ oligoarticular e poliarticular): cJADAS: _____		
6	PARA SOLICITAÇÕES DE MMCDbio, CASO NÃO TENHA SIDO POSSÍVEL REALIZAR A PROVA TUBERCULÍNICA (PT)/IGRA E/OU JÁ TENHA REALIZADO TRATAMENTO COMPLETO PARA TUBERCULOSE (TB) ATIVA OU TRATAMENTO DE INFECÇÃO LATENTE PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (ILTb), RELATAR: _____ _____		
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____		
Médico			

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?* _____							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____ <div style="text-align: right;">Nome do responsável _____</div>							
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*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____							
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda					20- Telefone(s) para contato do paciente _____		
21- Número do documento do paciente _____					23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____		
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS _____ 22- Correio eletrônico do paciente _____							

*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			