



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)

DERMATITE ATÓPICA

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: Dermatite Atópica

→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

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

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Creatinina sérica (Validade 3 meses)
- Hemograma com plaquetas (Validade 3 meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)
- Ureia (Validade 3 meses)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DERMATITE ATÓPICA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																																					
2	IDADE: _____ PESO: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M DIAGNÓSTICO: _____ CID-10: _____																																					
3	HISTÓRIA CLÍNICA: Detalhar história clínica, sintomas e evolução da doença _____ _____ _____ _____ _____																																					
4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA DIAGNÓSTICO: (Assinalar sinais e sintomas apresentados) 4.1 CRITÉRIOS CLÁSSICOS DE HANIFIN E RAJKA: <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">CRITÉRIOS MAIORES</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Prurido</td><td rowspan="3">Morfologia e distribuição típicas: <input type="checkbox"/> Liquenificação ou linearidade de superfícies flexoras em adultos <input type="checkbox"/> Envolvimento de face ou de superfícies extensoras em bebês e crianças</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dermatite crônica ou cronicamente recidivante</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> História pessoal ou familiar de atopia, como asma, rinite alérgica, dermatite atópica</td></tr></tbody></table> <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">CRITÉRIOS MENORES</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Xerose</td><td><input type="checkbox"/> Catarata subcapsular anterior</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Ictiose/hiperlinearidade palmar/queratose pilar</td><td><input type="checkbox"/> Escurecimento orbita</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Reatividade imediata (tipo 1) do teste cutâneo</td><td><input type="checkbox"/> Palidez facial/eritema facial</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Imunoglobulina E sérica elevada</td><td><input type="checkbox"/> Pitíriase alba</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Idade precoce de início</td><td><input type="checkbox"/> Dobra cervical anterior</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tendência para infecções cutâneas</td><td><input type="checkbox"/> Prurido ao suar</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Ceratocone</td><td><input type="checkbox"/> Intolerância à lã e solventes lipídicos</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Eczema do mamilo</td><td><input type="checkbox"/> Acentuação perifolicular</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Queilite</td><td><input type="checkbox"/> Intolerância alimentar</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Conjuntivite recorrente</td><td rowspan="2"><input type="checkbox"/> Influência do curso por fatores ambientais/emocionais</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dobra infraorbitária de Dennie-Morgan</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tendência para dermatite não específica da mão ou do pé</td><td><input type="checkbox"/> Dermografismo branco/branqueamento tardio</td></tr></tbody></table> 4.2 CRITÉRIOS DO GRUPO DE TRABALHO DO REINO UNIDO: <table border="1"><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Prurido nos últimos 12 meses</td><td><input type="checkbox"/> História da pele geralmente seca</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Pacientes com mais de 4 anos e histórico de início dos sintomas antes dos 2 anos</td><td><input type="checkbox"/> História de outra doença atópica no paciente ou em parente de primeiro grau</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> História de envolvimento flexural</td><td><input type="checkbox"/> Dermatite flexural visível</td></tr></tbody></table>	CRITÉRIOS MAIORES		<input type="checkbox"/> Prurido	Morfologia e distribuição típicas: <input type="checkbox"/> Liquenificação ou linearidade de superfícies flexoras em adultos <input type="checkbox"/> Envolvimento de face ou de superfícies extensoras em bebês e crianças	<input type="checkbox"/> Dermatite crônica ou cronicamente recidivante	<input type="checkbox"/> História pessoal ou familiar de atopia, como asma, rinite alérgica, dermatite atópica	CRITÉRIOS MENORES		<input type="checkbox"/> Xerose	<input type="checkbox"/> Catarata subcapsular anterior	<input type="checkbox"/> Ictiose/hiperlinearidade palmar/queratose pilar	<input type="checkbox"/> Escurecimento orbita	<input type="checkbox"/> Reatividade imediata (tipo 1) do teste cutâneo	<input type="checkbox"/> Palidez facial/eritema facial	<input type="checkbox"/> Imunoglobulina E sérica elevada	<input type="checkbox"/> Pitíriase alba	<input type="checkbox"/> Idade precoce de início	<input type="checkbox"/> Dobra cervical anterior	<input type="checkbox"/> Tendência para infecções cutâneas	<input type="checkbox"/> Prurido ao suar	<input type="checkbox"/> Ceratocone	<input type="checkbox"/> Intolerância à lã e solventes lipídicos	<input type="checkbox"/> Eczema do mamilo	<input type="checkbox"/> Acentuação perifolicular	<input type="checkbox"/> Queilite	<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Conjuntivite recorrente	<input type="checkbox"/> Influência do curso por fatores ambientais/emocionais	<input type="checkbox"/> Dobra infraorbitária de Dennie-Morgan	<input type="checkbox"/> Tendência para dermatite não específica da mão ou do pé	<input type="checkbox"/> Dermografismo branco/branqueamento tardio	<input type="checkbox"/> Prurido nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> História da pele geralmente seca	<input type="checkbox"/> Pacientes com mais de 4 anos e histórico de início dos sintomas antes dos 2 anos	<input type="checkbox"/> História de outra doença atópica no paciente ou em parente de primeiro grau	<input type="checkbox"/> História de envolvimento flexural	<input type="checkbox"/> Dermatite flexural visível
CRITÉRIOS MAIORES																																						
<input type="checkbox"/> Prurido	Morfologia e distribuição típicas: <input type="checkbox"/> Liquenificação ou linearidade de superfícies flexoras em adultos <input type="checkbox"/> Envolvimento de face ou de superfícies extensoras em bebês e crianças																																					
<input type="checkbox"/> Dermatite crônica ou cronicamente recidivante																																						
<input type="checkbox"/> História pessoal ou familiar de atopia, como asma, rinite alérgica, dermatite atópica																																						
CRITÉRIOS MENORES																																						
<input type="checkbox"/> Xerose	<input type="checkbox"/> Catarata subcapsular anterior																																					
<input type="checkbox"/> Ictiose/hiperlinearidade palmar/queratose pilar	<input type="checkbox"/> Escurecimento orbita																																					
<input type="checkbox"/> Reatividade imediata (tipo 1) do teste cutâneo	<input type="checkbox"/> Palidez facial/eritema facial																																					
<input type="checkbox"/> Imunoglobulina E sérica elevada	<input type="checkbox"/> Pitíriase alba																																					
<input type="checkbox"/> Idade precoce de início	<input type="checkbox"/> Dobra cervical anterior																																					
<input type="checkbox"/> Tendência para infecções cutâneas	<input type="checkbox"/> Prurido ao suar																																					
<input type="checkbox"/> Ceratocone	<input type="checkbox"/> Intolerância à lã e solventes lipídicos																																					
<input type="checkbox"/> Eczema do mamilo	<input type="checkbox"/> Acentuação perifolicular																																					
<input type="checkbox"/> Queilite	<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar																																					
<input type="checkbox"/> Conjuntivite recorrente	<input type="checkbox"/> Influência do curso por fatores ambientais/emocionais																																					
<input type="checkbox"/> Dobra infraorbitária de Dennie-Morgan																																						
<input type="checkbox"/> Tendência para dermatite não específica da mão ou do pé	<input type="checkbox"/> Dermografismo branco/branqueamento tardio																																					
<input type="checkbox"/> Prurido nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> História da pele geralmente seca																																					
<input type="checkbox"/> Pacientes com mais de 4 anos e histórico de início dos sintomas antes dos 2 anos	<input type="checkbox"/> História de outra doença atópica no paciente ou em parente de primeiro grau																																					
<input type="checkbox"/> História de envolvimento flexural	<input type="checkbox"/> Dermatite flexural visível																																					



5	<p>AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA:</p> <p><input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave</p> <p>5.1 PREENCHER CLASSIFICAÇÃO:</p> <p>- SCORAD - <i>Scoring of Atopic Dermatitis</i> (0 a 103): _____</p> <p>- EASI – <i>Eczema Area and Severity Index</i> (0 a 72): _____</p>														
6	<p>MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S): (Dose, quantidade e tempo de tratamento)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>														
7	<p>TRATAMENTO: Informar tratamento prévio e atual, detalhar refratariedade, intolerância, falha terapêutica, contraindicações (citar medicamentos, dose e tempo de uso de todos os medicamentos utilizados)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>														
8	<p>INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica / Nefropatias</td><td><input type="checkbox"/> Insuficiência hepática</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Infecção aguda ou crônica ativa</td><td><input type="checkbox"/> Tratamento com fototerapia PUVA e UVB</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Neoplasia em atividade</td><td><input type="checkbox"/> HIV</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Gestação</td><td><input type="checkbox"/> HCV</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Lactação</td><td><input type="checkbox"/> HBV</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hipertensão não controlada</td><td><input type="checkbox"/> HPV</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Uso de medicamentos inibidores de protease</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica / Nefropatias	<input type="checkbox"/> Insuficiência hepática	<input type="checkbox"/> Infecção aguda ou crônica ativa	<input type="checkbox"/> Tratamento com fototerapia PUVA e UVB	<input type="checkbox"/> Neoplasia em atividade	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Gestação	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> Lactação	<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> Hipertensão não controlada	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Uso de medicamentos inibidores de protease	
<input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica / Nefropatias	<input type="checkbox"/> Insuficiência hepática														
<input type="checkbox"/> Infecção aguda ou crônica ativa	<input type="checkbox"/> Tratamento com fototerapia PUVA e UVB														
<input type="checkbox"/> Neoplasia em atividade	<input type="checkbox"/> HIV														
<input type="checkbox"/> Gestação	<input type="checkbox"/> HCV														
<input type="checkbox"/> Lactação	<input type="checkbox"/> HBV														
<input type="checkbox"/> Hipertensão não controlada	<input type="checkbox"/> HPV														
<input type="checkbox"/> Uso de medicamentos inibidores de protease															
9	<p>PARA SOLICITAÇÃO DE CICLOSPORINA:</p> <p>- Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose sem tratamento (ativa ou latente): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>- Informar se paciente já realizou tratamento para tuberculose: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, informar tempo de tratamento: _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"><p>Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso deste medicamento.</p></div>														
10	<p>OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES:</p> <p>_____</p>														
11	<p>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</p> <p>Data de preenchimento: ____/____/____</p> <p>Assinatura e carimbo: _____</p> <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			