



## **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)

### SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO

**Medicamentos com restrição de idade:**

Alfaepoetina 10.000UI, Filgrastim 300mcg - Idade mínima: 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: Síndrome Mielodisplásica de Baixo Risco	<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: Síndrome Mielodisplásica de Baixo Risco

**EXAMES****→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS**

- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses)
- Ácido úrico (Validade 3 meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)
- Creatinina (Validade 3 meses)
- Laudo de Biópsia de medula óssea (Último exame realizado)

**→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO**

Não se aplica

**→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO): EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME NOVO MEDICAMENTO REQUERIDO****Para todos os medicamentos:**

- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses)
- Ácido úrico (Validade 3 meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)
- Creatinina (Validade 3 meses)

**OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO**

Não se aplica

**DATA:****LOCAL:**

\_\_\_\_\_  
NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____
2	<b>IDADE:</b> _____ <b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <b>DIAGNÓSTICO:</b> _____ <b>CID-10:</b> _____
3	<b>MEDICAMENTO SOLICITADO</b> (dose, quantidade e tempo de tratamento) _____ _____
4	<b>EVOLUÇÃO CLÍNICA</b> (informar características clínicas e evolução da doença, sintomas, histórico pessoal, familiar, nutricional, ambiental ou ocupacional) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
5	<b>TRATAMENTO</b> (informar tratamento prévio e atual: não medicamentoso e medicamentoso) _____ _____ _____ _____ _____
6	<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>  <b>6.1 Informar Escore Prognóstico (IPSS ou IPSS-R):</b> - IPSS (Sistema Internacional de Escore Prognóstico): <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Intermediário 1 <input type="checkbox"/> Intermediário 2 <input type="checkbox"/> Alto risco  - IPSS-R (Sistema Internacional de Escore Prognóstico Revisado) Pontuação: _____ <input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Alto ou muito alto



	<p><b>6.2 Informar classificação da Síndrome Mielodisplásica (OMS)</b></p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> SMD com displasia de única linhagem (SMD-DUL)</td><td><input type="checkbox"/> SMD com displasia de múltiplas linhagens (SMD-DML)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> SMD-SA: com DUL ou DML</td><td><input type="checkbox"/> SMD com deleção 5q</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> SMD com excesso de blastos (SMD-EB): tipo 1 e tipo 2</td><td><input type="checkbox"/> SMD não classificada (SMD-NC): com 1% de blastos, com DUL e pancitopenia, baseada em alterações citogenéticas específicas</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> SMD com displasia de única linhagem (SMD-DUL)	<input type="checkbox"/> SMD com displasia de múltiplas linhagens (SMD-DML)	<input type="checkbox"/> SMD-SA: com DUL ou DML	<input type="checkbox"/> SMD com deleção 5q	<input type="checkbox"/> SMD com excesso de blastos (SMD-EB): tipo 1 e tipo 2	<input type="checkbox"/> SMD não classificada (SMD-NC): com 1% de blastos, com DUL e pancitopenia, baseada em alterações citogenéticas específicas
<input type="checkbox"/> SMD com displasia de única linhagem (SMD-DUL)	<input type="checkbox"/> SMD com displasia de múltiplas linhagens (SMD-DML)						
<input type="checkbox"/> SMD-SA: com DUL ou DML	<input type="checkbox"/> SMD com deleção 5q						
<input type="checkbox"/> SMD com excesso de blastos (SMD-EB): tipo 1 e tipo 2	<input type="checkbox"/> SMD não classificada (SMD-NC): com 1% de blastos, com DUL e pancitopenia, baseada em alterações citogenéticas específicas						
<p><b>7</b></p>	<p><b>INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Deficiências nutricionais;</li><li><input type="checkbox"/> Infecção por vírus HIV;</li><li><input type="checkbox"/> Hepatites B ou C;</li><li><input type="checkbox"/> Infecção por citomegalovírus;</li><li><input type="checkbox"/> Doenças autoimunes;</li><li><input type="checkbox"/> Doenças renais;</li><li><input type="checkbox"/> Doença hepáticas;</li><li><input type="checkbox"/> Hipotireoidismo;</li><li><input type="checkbox"/> Neoplasias;</li><li><input type="checkbox"/> Doenças de medula óssea;</li><li><input type="checkbox"/> Outras falências medulares;</li><li><input type="checkbox"/> Gravidez ou situação potencial de gravidez;</li><li><input type="checkbox"/> Amamentação;</li><li><input type="checkbox"/> Neuropatia periférica grau II ou maior.</li></ul>						
<p><b>8</b></p>	<p><b>OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/>						
<p><b>9</b></p>	<p><b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b></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?*							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar: _____							
<b>13- Atestado de capacidade*</b>							
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 _____							
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* _____			
<b>18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*:</b> <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](http://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			