



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 REUMATOIDE

Medicamentos com restrição de idade:

Azatioprina, Ciclosporina, Cloroquina, Hidroxicloroquina, Leflunomida, Metotrexato, Naproxeno, Sulfassalazina, Abatacepte, Adalimumabe, Baricitinibe, Certolizumabe Pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe, Upadacitinibe - Idade mínima: 18 anos

DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
 Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF) 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 Reumatoide	<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 Reumatoide

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Proteína C Reativa ou VHS (Último exame realizado)
 Fator Reumatoide ou Anti-CCP (Último exame realizado)
 Hemograma com plaquetas (Validade 3 meses)

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

Para Naproxeno, Metotrexato, Sulfassalazina, Leflunomida e Tocilizumabe

- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)
 Creatinina (Validade 3 meses)

Para Baricitinibe, Tofacitinibe, Upadacitinibe, Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Abatacepte, Rituximabe, 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)

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

Para todos os medicamentos

- Hemograma com plaquetas (Validade 3 meses)

Para Naproxeno, Metotrexato, Sulfassalazina, Leflunomida e Tocilizumabe

- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)
 Creatinina (Validade 3 meses)

Para Baricitinibe, Tofacitinibe, Upadacitinibe, Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Abatacepte, Rituximabe, 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 REUMATOIDE

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 (preencher pelo menos um dos Critérios de Classificação abaixo): ● Critérios ACR (American College of Rheumatology) 1987: <input type="checkbox"/> 1) Rigidez matinal; <input type="checkbox"/> 2) Artrite de 3 ou mais áreas articulares; <input type="checkbox"/> 3) Artrite de mãos; <input type="checkbox"/> 4) Artrites simétricas; <input type="checkbox"/> 5) Nódulos reumatóides; <input type="checkbox"/> 6) Fator Reumatoide positivo; <input type="checkbox"/> 7) Alterações radiográficas. TOTAL DE CRITÉRIOS: _____ ● Critérios ACR/EULAR (American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism) 2010: 1. Acometimento articular <input type="checkbox"/> 1 grande articulação: 0 pontos <input type="checkbox"/> 2 a 10 articulações grandes: 1 ponto <input type="checkbox"/> 1 a 3 articulações pequenas (com ou sem acometimento de grandes articulações): 2 pontos <input type="checkbox"/> 4 a 10 articulações pequenas (com ou sem acometimento de grandes articulações): 3 pontos <input type="checkbox"/> > 10 articulações (pelo menos uma pequena articulação): 5 pontos 2. Sorologia (pelo menos um resultado é necessário) <input type="checkbox"/> Fator Reumatoide (FR) e anticorpos anti-peptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP): 0 pontos <input type="checkbox"/> Fator reumatoide ou anti-CCP em baixos títulos: 2 pontos <input type="checkbox"/> Fator reumatoide ou anti-CCP em altos títulos: 3 pontos 3. Provas de atividades inflamatórias (pelo menos 1 resultado é necessário) <input type="checkbox"/> VHS e PCR normais: 0 pontos <input type="checkbox"/> VHS ou PCR alterados: 1 ponto 4. Duração dos sintomas <input type="checkbox"/> Duração dos sintomas < 6 semanas: 0 pontos <input type="checkbox"/> Duração dos sintomas ≥ 6 semanas: 1 ponto TOTAL DE PONTOS: _____



2.3 CLASSIFICAÇÃO DA ATIVIDADE DA DOENÇA - informar pelo menos um dos índices abaixo:

- DAS 28 (*Disease Activity Score, 28 joints*): _____
- SDAI (*Simplified Disease Activity Score*): _____
- CDAI (*Clinical Disease Activity Score*): _____

3 INFORMAR se o paciente apresenta alguma das condições abaixo:

Sangramento gastrointestinal não controlado	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Exposição à tuberculose/residência em área de TB endêmica ou micoses endêmicas	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Infecção ativa, recorrente ou crônica, grave, oportunista ou localizada	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 e herpes simples ativa	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Insuficiência hepática grave	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"/>
Porfiria	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Retinopatia	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"/>
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Risco iminente de perfuração intestinal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Risco ou histórico de trombose venosa profunda (TVP) ou tromboembolismo venoso	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Risco para embolia pulmonar (EP)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

4 PARA SOLICITAÇÕES DE LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, SULFASSALAZINA, AZATIOPRINA E/OU CICLOSPORINA:

Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose sem tratamento (ativa ou latente): SIM NÃO

Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso destes medicamentos.

5 INFORMAR TODOS OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS (Detalhar tempo de uso, falha terapêutica, intolerância e contraindicações):



6	PARA SOLICITAÇÃO DE MMCD BIOLÓGICO OU MMCD ALVO ESPECÍFICO: Serão associados ao metotrexato? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Caso a resposta seja negativa, justificar a monoterapia, a associação à SULFASSALAZINA ou LEFLUNOMIDA: _____ _____															
7	ESQUEMA TERAPÊUTICO COMPLETO INDICADO PARA O PACIENTE (descrever todos os medicamentos que serão utilizados para o tratamento da Artrite Reumatoide): <table border="1" data-bbox="242 618 1418 896"><thead><tr><th colspan="2">Medicamento(s)</th><th>Posologia</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Medicamento(s)		Posologia	1			2			3			4		
Medicamento(s)		Posologia														
1																
2																
3																
4																
8	PARA SOLICITAÇÃO DE RITUXIMABE: relatar contraindicações à Abatacete, Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Etarnecepte, Golimumabe, Infliximabe, Tocilizumabe, Baricitinibe, Tofacitinibe E Upadacitinibe; Justificar a indicação do medicamento prescrito. _____ _____ _____ _____ _____															
9	PARA SOLICITAÇÃO DE MMCDbio ou MMCDsae, 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: _____ _____ _____															
10	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____															
11	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?*
 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* _____

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* _____

16- Data da solicitação* _____

17- Assinatura e carimbo do médico* _____

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			