



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)

ESPONDILITE ANCILOSANTE E SACROILEÍTE

Medicamentos com restrição de idade:

Certolizumabe Pegol, Etanercepte 50mg (biossimilar), Golimumabe, Infliximabe (biossimilar), Secuquinumabe - Idade mínima: 18 anos
Etanercepte 25mg - 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: Espondilite Ancilosante	<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: Espondilite Ancilosante

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Proteína C Reativa ou VHS (Último exame realizado)
- Laudo de Exame de Imagem de Áreas Acometidas (Radiografia, Ressonância ou Ultrassom) (Último exame realizado)
- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses)

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

Para Naproxeno, Metotrexato e Sulfassalazina

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

Para Adalimumabe, Etanercepte, Infliximabe, Golimumabe, Certolizumabe e Secuquinumabe

- 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 e Sulfassalazina

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

Para Adalimumabe, Etanercepte, Infliximabe, Golimumabe, Certolizumabe e Secuquinumabe

- 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

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ESPONDILITE ANCILOSANTE

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____						
2	INFORMAR características clínicas e evolução da doença: _____ _____ _____ _____ _____						
3	ACOMETIMENTO (indicar a manifestação musculoesquelética predominante): <input type="checkbox"/> Lombalgia inflamatória e entesite <input type="checkbox"/> Artrite periférica						
4	DIAGNÓSTICO (preencher pelo menos um dos Critérios de Classificação abaixo): • Critério de classificação ASAS (<i>Assessment of SpondyloArthritis International Society</i>) a) Lombalgia inflamatória por, no mínimo, 3 meses e idade de início da doença até 45 anos: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> b) Sacroiliíte em exames de imagem e, pelo menos, 1 característica de espondiloartrite: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> c) HLA-B27 e 2 ou mais características de espondiloartrite: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> • Critérios de classificação modificados de Nova Iorque <table border="1"><thead><tr><th>Grupos de critérios</th><th>Descrição</th></tr></thead><tbody><tr><td>Clínicos</td><td>a) Lombalgia inflamatória por três meses ou mais de duração: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> b) Limitação dos movimentos da coluna lombar nos planos sagital (por exemplo, média variação bilateral dedo-chão inferior a 10cm) e frontal (por exemplo, teste de Schober inferior a 5cm): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> c) Expansão torácica diminuída (inferior a 2,5cm): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Radiográficos</td><td>d) Radiografia com detecção de sacroiliíte bilateral graus 2-4: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> e) Radiografia com detecção de sacroiliíte unilateral graus 3 ou 4: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Grupos de critérios	Descrição	Clínicos	a) Lombalgia inflamatória por três meses ou mais de duração: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> b) Limitação dos movimentos da coluna lombar nos planos sagital (por exemplo, média variação bilateral dedo-chão inferior a 10cm) e frontal (por exemplo, teste de Schober inferior a 5cm): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> c) Expansão torácica diminuída (inferior a 2,5cm): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Radiográficos	d) Radiografia com detecção de sacroiliíte bilateral graus 2-4: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> e) Radiografia com detecção de sacroiliíte unilateral graus 3 ou 4: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Grupos de critérios	Descrição						
Clínicos	a) Lombalgia inflamatória por três meses ou mais de duração: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> b) Limitação dos movimentos da coluna lombar nos planos sagital (por exemplo, média variação bilateral dedo-chão inferior a 10cm) e frontal (por exemplo, teste de Schober inferior a 5cm): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> c) Expansão torácica diminuída (inferior a 2,5cm): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>						
Radiográficos	d) Radiografia com detecção de sacroiliíte bilateral graus 2-4: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> e) Radiografia com detecção de sacroiliíte unilateral graus 3 ou 4: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>						



5	5 INFORMAR PELO MENOS UM ÍNDICE de atividade da doença: BASDAI (<i>Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index</i> - 0 a 10): _____ ASDAS (<i>Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score</i>): _____																																																
6	6 TRATAMENTOS PRÉVIOS (detalhar recidivas, resistência a tratamentos anteriores ou contraindicações) Acometimento axial: relatar uso de AINES Acometimento periférico: relatar uso de INFILTRAÇÃO COM GLICOCORTICOIDE, AINES E MMCD SINTÉTICOS É NECESSÁRIO CITAR MEDICAMENTOS, DOSE E TEMPO DE USO DE TODOS OS MEDICAMENTOS _____ _____ _____																																																
7	7 INFORMAR se o paciente apresenta alguma das condições abaixo: <table border="1" data-bbox="193 853 1477 1518"><tr><td>Sangramento gastrointestinal não controlado</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Úlcera gastroduodenal:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Terapia dialítica crônica:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecção fúngica ameaçadora à vida:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecção por herpes-zoster ativa:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Gestante:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Lactante:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Porfíria:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Artrite reumatoide juvenil sistêmica:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Obstrução urinária ou intestinal:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Depleção da medula óssea:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insuficiência renal moderada a grave:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Doença linfoproliferativa nos últimos cinco anos:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insuficiência cardíaca congestiva classe III ou IV:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Doença neurológica desmielinizante:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Sangramento gastrointestinal não controlado	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Úlcera gastroduodenal:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Terapia dialítica crônica:	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"/>	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"/>	Artrite reumatoide juvenil sistêmica:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Obstrução urinária ou intestinal:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Depleção da medula óssea:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Insuficiência renal moderada a grave:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Doença linfoproliferativa 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"/>
Sangramento gastrointestinal não controlado	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																															
Úlcera gastroduodenal:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																															
Terapia dialítica crônica:	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"/>																																															
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"/>																																															
Artrite reumatoide juvenil sistêmica:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																															
Obstrução urinária ou intestinal:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																															
Depleção da medula óssea:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																															
Insuficiência renal moderada a grave:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																															
Doença linfoproliferativa 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"/>																																															
8	8 PARA SOLICITAÇÕES DE METOTREXATO E/OU SULFASSALAZINA: Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose sem tratamento (ativa ou latente): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso destes medicamentos.</div>																																																
9	9 PARA SOLICITAÇÕES DE ADALIMUMABE, ETANERCEPTE, INFILIXIMABE, GOLIMUMABE, CERTOLIZUMABE E SECUQUINUMABE, 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	INFORMAR presença ou ausência de Hepatite B e C: O paciente apresenta Hepatite B aguda? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO O paciente apresenta Hepatite C aguda? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
11	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____
12	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico



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			