



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>).
- ✓ Em caso de dúvidas, procure o farmacêutico de sua regional ou de seu município.



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR (HAP)

Medicamentos com restrição de idade:

Ambrisentana - 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)
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF<input type="checkbox"/> Prescrição Médica<input type="checkbox"/> Formulário Específico: HAP	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF<input type="checkbox"/> Prescrição Médica	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF<input type="checkbox"/> Prescrição Médica<input type="checkbox"/> Relatório Médico constando:<ul style="list-style-type: none">• Justificativa para a troca;• Para inclusão de medicamento, incluir re-estratificação de risco.

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Cateterismo Cardíaco Direito com Teste Agudo de Reatividade Vascular com Óxido Nítrico (Último realizado)
- Laudo de Angiotomografia de tórax ou Laudo de Cintilografia Pulmonar de Perfusão (Último realizado)
- Teste de Caminhada de seis minutos (Último realizado)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)
- Hemograma com plaquetas (Validade 3 meses)

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

Para Ambrisentana, Bosentana, Iloprost

- β -HCG para mulheres em idade fértil (Validade 15 dias)

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

Para Ambrisentana, Bosentana, Iloprost

- Teste de Caminhada de seis minutos (Último realizado)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)
- Hemograma com plaquetas (Validade 3 meses)
- β -HCG para mulheres em idade fértil (Validade 15 dias)

Para Sildenafil

- Teste de Caminhada de seis minutos (Último realizado)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)
- Hemograma com plaquetas (Validade 3 meses)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – HAP

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
3	CID-10: _____
4	4.1 HIPERTENSÃO PULMONAR – INDICAR GRUPO: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V 4.2 INFORMAR: Paciente possui fatores de risco ou dados ecocardiográficos compatíveis com doenças do coração esquerdo como causa de HP? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Paciente possui exames compatíveis com doenças pulmonares crônicas como causa de HP? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Paciente possui exames compatíveis com embolia pulmonar como causa de HP? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
5	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____
6	CATETERISMO CARDÍACO DIREITO: Data: ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> PAPm: _____ <input type="checkbox"/> POAP ou PDFVE: _____ <input type="checkbox"/> RVP Wood: _____ PAPm: pressão arterial pulmonar média; POAP: pressão de oclusão da artéria pulmonar; PDFVE: pressão diastólica final do ventrículo esquerdo; RVP: resistência vascular pulmonar
7	INFORMAR ETIOLOGIA DA DOENÇA: <input type="checkbox"/> 7.1 HAP Idiopática, hereditária ou induzida por drogas. 7.1.1 Caso assinalado o item acima, indicar: TESTE DE REATIVIDADE COM ÓXIDO NÍTRICO: <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO Justificativa para não realização do teste: _____ <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <input type="checkbox"/> 7.2 HAP associada 7.2.1 Caso assinalado o item acima, indicar enfermidade associada: <input type="checkbox"/> Colagenoses, <input type="checkbox"/> Hipertensão Porto-pulmonar <input type="checkbox"/> Esquistossomose <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Cardiopatia congênita <input type="checkbox"/> Venocclusiva



8	MEDICAMENTOS SOLICITADOS: <table border="1" style="width: 100%;"><thead><tr><th style="width: 30%;">Medicamentos solicitado</th><th>Posologia</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Ambrisentana</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Bosentana</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Sildenafil</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Iloprosta</td><td></td></tr></tbody></table>	Medicamentos solicitado	Posologia	<input type="checkbox"/> Ambrisentana		<input type="checkbox"/> Bosentana		<input type="checkbox"/> Sildenafil		<input type="checkbox"/> Iloprosta	
Medicamentos solicitado	Posologia										
<input type="checkbox"/> Ambrisentana											
<input type="checkbox"/> Bosentana											
<input type="checkbox"/> Sildenafil											
<input type="checkbox"/> Iloprosta											
9	RISCO ESTRATIFICADO (CONFORME PCDT): <input type="checkbox"/> RISCO BAIXO <input type="checkbox"/> RISCO INTERMEDIÁRIO <input type="checkbox"/> RISCO ALTO Detalhar: _____ _____ _____ _____ _____										
10	CLASSE FUNCIONAL (NYHA/WHO-FC): <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV										
11	O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS SITUAÇÕES DESCRITAS ABAIXO? <table style="width: 100%;"><tbody><tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">Doença hepática grave</td><td style="text-align: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">Suspeita ou alta probabilidade de doença pulmonar venoclusiva ou hemangiomatose pulmonar capilar</td><td style="text-align: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">Paciente com HAP-I > 75 anos e com múltiplos fatores de risco para insuficiência cardíaca com FE preservada (hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, doença arterial coronariana, fibrilação atrial, obesidade)</td><td style="text-align: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">Paciente com HAP que permanecem estáveis e estratificados com baixo risco após tratamento prolongado (>5-10 anos) com monoterapia</td><td style="text-align: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">Paciente com HAP-I, HAP-H ou HAP-D com teste de vasorreatividade pulmonar positivo em classe funcional I-II e resposta hemodinâmica sustentada após 1 ano de BCC</td><td style="text-align: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Doença hepática grave	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Suspeita ou alta probabilidade de doença pulmonar venoclusiva ou hemangiomatose pulmonar capilar	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente com HAP-I > 75 anos e com múltiplos fatores de risco para insuficiência cardíaca com FE preservada (hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, doença arterial coronariana, fibrilação atrial, obesidade)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente com HAP que permanecem estáveis e estratificados com baixo risco após tratamento prolongado (>5-10 anos) com monoterapia	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente com HAP-I, HAP-H ou HAP-D com teste de vasorreatividade pulmonar positivo em classe funcional I-II e resposta hemodinâmica sustentada após 1 ano de BCC	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Doença hepática grave	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>										
Suspeita ou alta probabilidade de doença pulmonar venoclusiva ou hemangiomatose pulmonar capilar	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>										
Paciente com HAP-I > 75 anos e com múltiplos fatores de risco para insuficiência cardíaca com FE preservada (hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, doença arterial coronariana, fibrilação atrial, obesidade)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>										
Paciente com HAP que permanecem estáveis e estratificados com baixo risco após tratamento prolongado (>5-10 anos) com monoterapia	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>										
Paciente com HAP-I, HAP-H ou HAP-D com teste de vasorreatividade pulmonar positivo em classe funcional I-II e resposta hemodinâmica sustentada após 1 ano de BCC	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>										



12	EXAMES COMPLEMENTARES:																														
	<table border="1"><thead><tr><th>Exames complementares</th><th>Data</th><th>Resultado</th></tr></thead><tbody><tr><td>Ecocardiograma</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Eletrocardiograma</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Espirometria</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Teste de caminhada de 6 minutos (T6MC)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Polissonografia/Oximetria Noturna*</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Angiotomografia de tórax ou Cintilografia Pulmonar de Perfusão</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ultrassonografia abdominal</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Gasometria arterial</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Radiografia de Tórax</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Exames complementares	Data	Resultado	Ecocardiograma			Eletrocardiograma			Espirometria			Teste de caminhada de 6 minutos (T6MC)			Polissonografia/Oximetria Noturna*			Angiotomografia de tórax ou Cintilografia Pulmonar de Perfusão			Ultrassonografia abdominal			Gasometria arterial			Radiografia de Tórax		
	Exames complementares	Data	Resultado																												
	Ecocardiograma																														
	Eletrocardiograma																														
	Espirometria																														
	Teste de caminhada de 6 minutos (T6MC)																														
	Polissonografia/Oximetria Noturna*																														
	Angiotomografia de tórax ou Cintilografia Pulmonar de Perfusão																														
	Ultrassonografia abdominal																														
Gasometria arterial																															
Radiografia de Tórax																															
Nyha: new york heart association. Who: world health organization. Fc: functional classification * Reservado aos pacientes com sintomatologia da síndrome da apneia, hipopneia obstrutiva do sono (sahos).																															
13	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: <hr/> <hr/> <hr/>																														
14	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* _____ 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			