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:
 - o Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos (LME);
 - o Prescrição médica;
 - o 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)

FIBROSE CÍSTICA – INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA E MANIFESTAÇÕES PULMONARES

Medicamentos com restrição de idade:		* /	Conform	ne restricão de hulas i	registradas na Anvisa: a		
* Conforme restrição de bulas registradas na Anvisa; a lvacaftor - Idade mínima: 8 anos* informação pode ser atualizada a depender da apresentação							
Linezolida - Idade mínima: 12 anos* disponível no mercado e adquirida pela DMESP/SAF							
DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS							
$\ \square$ Cópia da Carteira de Identidade (ou Docu	mento de Ident	ificação com foto)		Cópia do Cartão	Nacional de Saúde (CNS)		
$\ \square$ Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF)				Cópia do Compr	ovante de Residência		
DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO							
→ SOLICITAÇÃO INICIAL	→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)			→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUS DE NOVO MEDICAMENTO)			
☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF	☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF			☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF			
☐ Prescrição Médica	☐ Prescrição	Médica		☐ Prescrição Médica			
☐ Formulário Específico : Fibrose Cística				☐ Formulário Específico : Fibrose Cística			
EXAMES							
→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS							
☐ Dosagem de Cloro no suor (Último exame realizado) <u>ou</u>							
☐ Estudo genético com a identificação de mutações relacionadas à Fibrose Cística em dois alelos (Último exame realizado)							
ightarrow SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFI	COS CONFORM		EQUER	IDO			
OU → REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO): EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME NOVO MEDICAMENTO							
REQUERIDO	: NOVO MEDICA	AMENTO): EXAMES E	ESPECI	FICOS CONFORIV	IE NOVO MEDICAMENTO		
Para Tobramicina Para Ivacaftor							
Erradicação de P. aeruginosa (primeiro tratamento):				☐ Teste genético identificando uma das			
$\ \square$ Cultura de Secreção Respiratória identific	ando a presenç	a de <i>Pseudomonas</i>			itações de <i>gating</i> (classe		
(Validade 3 meses)					FTR: G551D, G1244E,		
G1349D, G178R, G551S, S1251N, Colonização pulmonar crônica por <i>P. aeruginosa</i> (após falha do tratamento inicial): S1255P, S549N ou S549R (Último							
			exame realiza	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
(Último exame realizado) e descrição do			a	☐ TGO/AST e T	GP/ALT (Validade 3 meses)		
(colonização), em Relatório Médico ou Formulário Específico							
Para Colistimetato		Para Rifampicina					
☐ Antibiograma revelando resistência de Ps		☐ Antibiograma revelando infecção por <i>Staphylococcus aureus</i>					
aeruginosa à Tobramicina ou a outro Aminoglicosídeo		resistente à meticilina/oxacilina (MRSA) <u>ou</u> cultura de amostra de					
(Último exame realizado) <u>ou</u> escarro revelando infecção por <i>Mycobacterium avium</i> ☐ Preenchimento do campo 3.1 do Formulário Específico intracellulare complex (Último exame realizado)							
<u>Para Linezolida</u> ☐ Antibiograma revelando infecção por <i>Staphylococcus</i> ☐ Antibiograma revelando infecção por <i>Staphylococcus aureus</i>							
aureus resistente à meticilina/oxacilina (MRSA) (Último resistente à meticilina/oxacilina (MRSA) ou cultura de amostra							
exame realizado)	escarro revelando infecção por <i>Burkholderia cepacia</i> (Último						
exame realizado)							
OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO							
Não se aplica							
DATA:	LOCAL:						
					SUS Sistema		
NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA							
NOIVIE LEGIVEL DO F	PESPONSAVEL P	ELA CONFEKENCIA					

FORMULÁRIO ESPECÍFICO – FIBROSE CÍSTICA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:
	NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:
2	HISTÓRIA CLÍNICA - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:
3	PARA ALFADORNASE:
	EM PACIENTES MENORES DE 6 ANOS DE IDADE, JUSTIFICAR O BENEFÍCIO CLÍNICO DA INDICAÇÃO DO MEDICAMENTO, CONFORME PCDT, E DESCREVER CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO PACIENTE:
4	PARA TOBRAMICINA:
	4.1 PACIENTE COM RESULTADO POSITIVO PARA <i>PSEUDOMONAS AERUGINOSA</i> EM CULTURAS DE SECREÇÃO RESPIRATÓRIA?
	☐ SIM. Data de realização do exame:/
	□ NÃO
	4.2 PACIENTE JÁ FEZ USO PRÉVIO DE TOBRAMICINA? SIM □ NÃO □
	Se sim, detalhar quando utilizou, o tempo de tratamento e a dose utilizada.

4.3 PARA PACIENTES MENORES DE 6 ANOS DE IDADE:
Justificar o benefício clínico da indicação do tratamento com Tobramicina, conforme PCDT.
PARA SOLICITAÇÃO DE COLISTIMETATO, INFORMAR:
5.1 PACIENTE JÁ FEZ USO PRÉVIO DE TOBRAMICINA? SIM NÃO
Se sim, detalhar hipersensibilidade, contraindicação, refratariedade ou ausência de resposta:
5.2 PACIENTE APRESENTA MIASTENIA GRAVE? SIM NÃO
PARA SOLICITAÇÃO DE LINEZOLIDA, RIFAMPICINA E MINOCICLINA, INFORMAR:
PACIENTE JÁ FEZ USO PRÉVIO DE SULFONAMIDA? SIM □ NÃO □
Se sim, detalhar alergia/contraindicação ou ausência de resposta:
PARA SOLICITAÇÃO DE RIFAMPICINA, INFORMAR:
PACIENTE APRESENTA INSUFICIÊNCIA RENAL GRAVE? SIM □ NÃO □
OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:
Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.
Data de preenchimento:
Data de preenchimento:/



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						
2- Nome do estabelecimento de saúde so	licitante					
3- Nome completo do Paciente*				5-Pes	o do pac	iente*
4-Nome da Mãe do Paciente*			=	6-Altu	ra do pa	1.0
				J		cm
7- Medicamento(s)*	1º mês	8- Qua 2º mês	ntidade 3º mês	4º mês		6º mês
1		2 11100	0 11100	4 11100	0 11100	0 11100
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 dis paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3° e 4° do Código Civil. O paciente				da prese	ença físic	a do
NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento						
		Nome do r	esponsa	/el		
14- Nome do medico solicitante* 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitaç	ăo*	17- Ass	sinatura e	carimbo	do médi	0,4
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: □ Paciente □ Mãe do paciente □ R	esponsá	vel (descrit	o no item	13) N	lédico so	licitante
Outro, informar nome:e C	PF					
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* Branca		Telefone Assinatura				
22- Correio eletrônico do paciente	ĭl					J

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://	/			
	GRAMA, OS NOVOS DOCUMENTOS APRESENTADOS DEVEM SER O REFERENTES À MESMA CONDIÇÃO CLÍNICA/CHECKLIST)			
NÚMERO DO PROCESSO SIGAF:	J NEI ENENTES A MIESMA CONDIÇÃO CEIMICA/CITECKEIST)			
OBSERVAÇÕES:				
NOME LEGÍVEL DO(A) PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA A	ABERTURA DO REQUERIMENTO DE MEDICAMENTOS DO CEAF			
CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO USUÁRIO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)				
Euinformações apresentadas no Termo de Adesão so Especializado de Assistência Farmacêutica.	declaro que li e concordo com todas as bre a solicitação de medicamentos do Componente			
ASSINATURA DO(A) PAG	CIENTE 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 n\u00e3o obedece \u00e0s regras estaduais e federais para conseguir o medicamento. Veja o motivo do indeferimento na resposta e leve o documento ao m\u00e9dico.

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 de	(a) proficcion	al responsável pelo recebimento da solicitação