



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.
- ✓ Acompanhe a situação da análise de sua solicitação acessando o Portal MG (<https://cidadao.mg.gov.br>), ou por meio do aplicativo MG-App em seu celular.

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 Portal MG (<http://mg.gov.br>) → Cidadão → Agendamento online → Solicitação de Medicamento Especializado

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



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

HEPATITE VIRAL B CRÔNICA

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 E MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO	→ 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: Hepatite Viral B Crônica	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF (a cada 6 meses)<input type="checkbox"/> Prescrição Médica (a cada 6 meses)<input type="checkbox"/> Relatório Médico:<ul style="list-style-type: none">• Paciente em uso de ENTECAVIR E TENOFOVIR: a cada 12 meses• Paciente em uso de ALFAPEGINTERFERONA: ao final da 24ª e da 48ª semana de tratamento	<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: Hepatite Viral B Crônica

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- HBeAg (Último exame realizado)
- HBsAg (Último exame realizado)
- Laudo de Biópsia Hepática* (Último exame realizado)
- HBV-DNA* (Carga Viral) (Último exame realizado)
*Em caso da não realização, justificar no formulário.
- Ureia (Validade 3 meses)
- Creatinina (Validade 3 meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)
- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses)
- Anti-HIV (Validade 3 meses)

→ MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Para Entecavir e Tenofovir: A cada 12 meses

Em pacientes com HBeAg reagente:

- HBsAg (Validade 12 meses)
- Anti-HBs (Validade 12 meses)
- HBeAg (Validade 12 meses)
- Anti-HBe (Validade 12 meses)
- HBV-DNA quantitativo (Val.12 meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Val.12 meses)

Em pacientes com HBeAg não reagente:

- HBsAg (Validade 12 meses)
- Anti-HBs (Validade 12 meses)
- HBV-DNA quantitativo (Val.12 meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Val.12 meses)

Para Alfapeginterferona: Ao final da 24ª semana de tratamento

- HBV-DNA quantitativo (Validade 3 meses)

Para Alfapeginterferona: Ao final da 48ª semana de tratamento

- Hemograma (Validade 3 meses)
- Glicemia em jejum (Validade 3 meses)
- TSH (Validade 3 meses)
- T4 livre (Validade 3 meses)
- HBeAg (Validade 3 meses)
- Anti-HBe (Validade 3 meses)
- HBsAg (Validade 3 meses)
- Anti-HBs (Validade 3 meses)
- HBV-DNA quantitativo (Validade 3 meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)

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

Não se aplica

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – HEPATITE VIRAL B CRÔNICA

1	NOME DO(A) PACIENTE: _____
2	NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO: _____
3	DIAGNÓSTICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____
4	INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA: <input type="checkbox"/> Cardiopatia Grave; <input type="checkbox"/> Neoplasias (exceto Hepatocarcinoma); <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 de difícil controle; <input type="checkbox"/> Cirrose hepática descompensada; <input type="checkbox"/> Psicose; <input type="checkbox"/> Depressão grave ou refratária; <input type="checkbox"/> Convulsões não controladas; <input type="checkbox"/> Imunodeficiência primária; <input type="checkbox"/> Transplantado; <input type="checkbox"/> Gravidez; <input type="checkbox"/> Doenças Autoimunes; <input type="checkbox"/> Hipersensibilidade ao medicamento; <input type="checkbox"/> Não concordância com o Termos de Consentimento Informado; <input type="checkbox"/> Portadores de HIV.
5	PACIENTE JÁ FEZ USO DE: <input type="checkbox"/> Alfainterferona Há quanto tempo e por quantos meses? _____ <input type="checkbox"/> Alfapeginterferona Há quanto tempo e por quantos meses? _____
6	PACIENTE JÁ FEZ USO DE OUTROS ANTIVIRAIS? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se sim, indicar abaixo o(s) medicamento(s). Relatar há quanto tempo fez uso e por quantos meses. _____ _____ _____



7	INDICAÇÕES DE TRATAMENTO PARA HBSAG SEM AGENTE DELTA: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Paciente com HBeAg não reagente, HBV-DNA >2.000 UI/mL e ALT > 2x limite superior da normalidade LSN;<input type="checkbox"/> Paciente com HBeAg reagente e ALT > 2x limite superior da normalidade(LSN);<input type="checkbox"/> Adulto maior de 30 anos com HBeAg reagente.
8	OUTROS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA TRATAMENTO INDEPENDENTEMENTE DOS RESULTADOS DE HBEAG, HBV-DNA E ALT PARA HEPATITE B SEM AGENTE DELTA: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> História familiar de CHC;<input type="checkbox"/> Manifestações extra-hepáticas com acometimento motor incapacitante, artrite, vasculites, glomerulonefrite e poliarterite nodosa;<input type="checkbox"/> Coinfecção HCV/HBV;<input type="checkbox"/> Hepatite aguda grave (coagulopatias ou icterícia por mais de 14 dias);<input type="checkbox"/> Reativação de hepatite B crônica (descrever no relatório);<input type="checkbox"/> Cirrose/insuficiência hepática;<input type="checkbox"/> Biópsia hepática METAVIR ≥ A2F2 ou elastografia hepática > 7,0 kPa;<input type="checkbox"/> Prevenção de reativação viral em pacientes que irão receber terapia imunossupressora (IMSS) ou quimioterapia (QT). Descrever no relatório.
9	SE O PACIENTE FOR GESTANTE (Descrever abaixo e anexar HBeAg e PCR): <hr/> <hr/> <hr/>
10	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
11	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____/____/_____ Assinatura e carimbo: _____ <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?*
 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 Sem informação

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

NOME COMPLETO DO PACIENTE:	
CPF:	TELEFONES(S) PARA CONTATO:

Campos de informações pessoais.

PREENCHIMENTO PELO MUNICÍPIO	
MUNICÍPIO:	TELEFONE PARA CONTATO:
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:	

Campos a serem preenchidos quando os documentos são entregues nas Unidades de Saúde da SMS.

PREENCHIMENTO PELA UNIDADE SOLICITANTE	
UNIDADE SOLICITANTE:	TELEFONE PARA CONTATO:
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:	

Campos a serem preenchidos pelas Unidades Regionais de Saúde (URS)/SES-MG ou estabelecimentos credenciados.

<input type="checkbox"/> Li e concordo com todas as informações apresentadas no Termo de Adesão.	
DATA:	LOCAL:
<hr/> ASSINATURA DO(A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL	

Campos a serem preenchidos pelo usuário.

SEI Nº:	
URS REFERENTE AO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO USUÁRIO:	



TERMO DE ADESÃO

Estou ciente que esta solicitação foi cadastrada no programa de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e que será emitido parecer pela equipe de analistas da SES/MG podendo ser **DEFERIDO**, **INDEFERIDO** ou **DEVOLVIDO** de acordo como os critérios estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, nas Portarias e nas Resoluções Estaduais.

Atesto ter sido esclarecido sobre os normas do programa do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, sendo:

- Para a renovação da continuidade do tratamento é obrigatório ao paciente apresentar LME e prescrição a cada 180 dias;
- Caso a solicitação necessite de reavaliação periódica, encaminhar a documentação necessária à farmácia para continuidade do tratamento e atendimento (LME, prescrição e documentos de monitoramento). Caso o paciente não a apresente, o fornecimento do medicamento poderá ser suspenso;
- Para medicamentos sujeitos a controle especial, apresentar nova prescrição médica mensalmente;
- Será considerada interrupção ou abandono de tratamento, quando o paciente, responsável ou representante não retirar o medicamento por 6 meses consecutivos, sem justificativa médica prévia;
- Se configurado abandono ou interrupção de tratamento, para ser inserido novamente no CEAF o paciente deverá fazer nova solicitação de medicamentos;
- Caso o tratamento tenha que ser suspenso, deve-se apresentar relatório médico com o motivo da suspensão, e ao retorno LME e prescrição;
- 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 protocolados, passam a pertencer à Secretaria Estadual de Saúde. Caso necessário, o usuário/representante poderá solicitar cópias dos mesmos.

Nome do paciente:	
Data do protocolo:	Nº do protocolo:
_____ ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO	
Medicamentos solicitados:	
Observações:	