



## **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.





## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – RETOCOLITE ULCERATIVA

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____
2	<b>HISTÓRIA CLÍNICA:</b> <b>2.1 DIAGNÓSTICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, REGIÃO ACOMETIDA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:</b> _____ _____ _____ _____ <b>2.2 FASE DA DOENÇA:</b> <input type="checkbox"/> Em atividade inflamatória <input type="checkbox"/> Em remissão clínica <b>2.3 HÁ PRESENÇA DE MANIFESTAÇÕES EXTRAINTESTINAIS OU SISTÊMICAS?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se <b>SIM</b> , descrever detalhadamente as características das manifestações extraintestinais ou sistêmicas: _____ _____ _____
3	<b>TRATAMENTO PRÉVIO:</b> Marcar os medicamentos utilizados, motivo(s) da interrupção do tratamento ou se há contraindicação ao uso. <input type="checkbox"/> Não realizou tratamento prévio <input type="checkbox"/> Sulfassalazina <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Intolerância <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____ <input type="checkbox"/> Mesalazina <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Intolerância <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____ <input type="checkbox"/> Azatioprina <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Intolerância <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____ <input type="checkbox"/> Ciclosporina <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Intolerância <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____ <input type="checkbox"/> Infliximabe <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Intolerância <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____ <input type="checkbox"/> Vedolizumabe <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Intolerância <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____ <input type="checkbox"/> Tofacitinibe <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Intolerância <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____ <input type="checkbox"/> Outros medicamentos ou outra informação relevante: _____



<b>4</b>	<b>MEDICAMENTO(S) EM USO:</b> Marcar os medicamentos em uso atualmente: <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Sulfassalazina</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Mesalazina</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Azatioprina</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Metotrexato</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Infliximabe</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Adalimumabe</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Certolizumabe</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td colspan="4"><input type="checkbox"/> Outros medicamentos ou outra informação relevante:</td></tr></table> _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Sulfassalazina	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____	<input type="checkbox"/> Mesalazina	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____	<input type="checkbox"/> Azatioprina	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____	<input type="checkbox"/> Metotrexato	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____	<input type="checkbox"/> Infliximabe	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____	<input type="checkbox"/> Adalimumabe	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____	<input type="checkbox"/> Certolizumabe	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____	<input type="checkbox"/> Outros medicamentos ou outra informação relevante:			
<input type="checkbox"/> Sulfassalazina	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____																														
<input type="checkbox"/> Mesalazina	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____																														
<input type="checkbox"/> Azatioprina	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____																														
<input type="checkbox"/> Metotrexato	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____																														
<input type="checkbox"/> Infliximabe	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____																														
<input type="checkbox"/> Adalimumabe	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____																														
<input type="checkbox"/> Certolizumabe	<input type="checkbox"/> Indução da remissão	<input type="checkbox"/> Manutenção da remissão	Dose: _____																														
<input type="checkbox"/> Outros medicamentos ou outra informação relevante:																																	
<b>5</b>	<b>PARA SOLICITAÇÃO DE INFLIXIMABE, VEDOLIZUMABE E TOFACITINIBE; INFORMAR:</b> <b>5.1 PACIENTE JÁ REALIZOU O USO DA DOSE DE INDUÇÃO?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  <b>5.2 PACIENTE REALIZOU PROVA TUBERCULÍNICA (PPD)/IGRA?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  CASO <b>NÃO</b> 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:  _____ _____ _____																																
<b>6</b>	<b>PARA SOLICITAÇÃO DE VEDOLIZUMABE, INFORMAR:</b> <table border="0"><tr><td>_____</td><td>Paciente apresenta septicemia?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>_____</td><td>Paciente apresenta citomegalovirose?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>_____</td><td>Paciente apresenta listeriose?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>_____</td><td>Paciente apresenta leucoencefalopatia multifocal progressiva?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>_____</td><td>Paciente apresenta alguma outra infecção grave?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>_____</td><td>Em caso de mulheres em idade fértil: paciente fará uso de método contraceptivo durante o tratamento e até 18 semanas após a última dose?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	_____	Paciente apresenta septicemia?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	_____	Paciente apresenta citomegalovirose?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	_____	Paciente apresenta listeriose?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	_____	Paciente apresenta leucoencefalopatia multifocal progressiva?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	_____	Paciente apresenta alguma outra infecção grave?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	_____	Em caso de mulheres em idade fértil: paciente fará uso de método contraceptivo durante o tratamento e até 18 semanas após a última dose?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>								
_____	Paciente apresenta septicemia?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																														
_____	Paciente apresenta citomegalovirose?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																														
_____	Paciente apresenta listeriose?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																														
_____	Paciente apresenta leucoencefalopatia multifocal progressiva?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																														
_____	Paciente apresenta alguma outra infecção grave?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																														
_____	Em caso de mulheres em idade fértil: paciente fará uso de método contraceptivo durante o tratamento e até 18 semanas após a última dose?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																														



<b>7</b>	<b>PARA SOLICITAÇÃO DE TOFACITINIBE, INFORMAR:</b> <hr/> <p>Em caso de mulheres em idade fértil: paciente fará uso de método contraceptivo durante o tratamento e até 18 semanas após a última dose?      SIM <input type="checkbox"/>      NÃO <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Paciente é gestante ou puérpera?      SIM <input type="checkbox"/>      NÃO <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Paciente maior de 18 anos?      SIM <input type="checkbox"/>      NÃO <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Paciente apresenta infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico?      SIM <input type="checkbox"/>      NÃO <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Paciente apresenta infecção fúngica ameaçadora à vida?      SIM <input type="checkbox"/>      NÃO <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Paciente apresenta infecção por herpes zóster ativa?      SIM <input type="checkbox"/>      NÃO <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Paciente apresenta hepatite B ou C aguda?      SIM <input type="checkbox"/>      NÃO <input type="checkbox"/></p>
<b>8</b>	<b>PACIENTE APRESENTA ALGUMA COMORBIDADE?</b>  <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  Se <b>SIM</b> , relatar ( <b>Motivo:</b> Contra-indicação de terapia se o paciente apresentar Cardiopatia Moderada a Grave): <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>9</b>	<b>PACIENTE APRESENTA OUTRA DOENÇA INTESTINAL?</b>  <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, informar a doença: _____
<b>10</b>	<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>11</b>	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b>  Data de preenchimento: ____ / ____ / ____  Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>





## 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](http://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			