



## **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)

### DISTONIAS E ESPASMO HEMIFACIAL

#### 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

- LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- Prescrição Médica**
- Planejamento de aplicações ou Relatório Médico** informando as unidades a serem aplicadas por músculo/grupo muscular, intervalo das aplicações e data da próxima aplicação
- Formulário Específico:** Distonia e Espasmo Hemifacial

##### → MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (SEMPRE QUE FOR SOLICITADO O MEDICAMENTO - INTERVALO MÍNIMO DE 3 MESES)

- LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- Prescrição Médica**
- Planejamento de aplicações ou Relatório Médico** informando as unidades a serem aplicadas por músculo/grupo muscular, intervalo das aplicações e data da próxima aplicação

#### EXAMES

##### → SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- $\beta$ -HCG para mulheres em idade fértil (Validade 15 dias)
- Para Distonia Laríngea ou Disfonia Espasmódica acrescentar Laudo de Videolaringoscopia

##### → MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

Não se aplica

#### OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Necessário apresentar o exame de  $\beta$ -HCG para mulheres em idade fértil (Validade 15 dias) a cada dispensação.

DATA:

LOCAL:

\_\_\_\_\_  
NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DISTONIAS E ESPASMO HEMIFACIAL

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____
2	<b>HISTÓRIA CLÍNICA</b> <b>2.1 Características clínicas e evolução da doença:</b> _____ _____ _____ <b>2.2 DIAGNÓSTICO/AVALIAÇÃO (PREENCHER ABAIXO):</b> <b>• Forma de distonia apresentada pelo(a) paciente:</b> <input type="checkbox"/> Blefaroespasmos <input type="checkbox"/> Distonia oromandibular <input type="checkbox"/> Distonia laríngea ou disfonia espasmódica <input type="checkbox"/> Distonia cervical <input type="checkbox"/> Distonia de membro <input type="checkbox"/> Distonias segmentares <input type="checkbox"/> Espasmo hemifacial
3	<b>INFORMAR SE PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:</b> _____ Hipersensibilidade à TBA ou a um de seus componentes SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Gravidez SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Amamentação SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Doença neuromuscular associada (por exemplo, doenças do neurônio motor, miastenia grave) SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Uso concomitante de potencializador do bloqueio muscular, como aminoglicosídeo SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Presença provável de anticorpos contra TBA, definida por perda de resposta terapêutica após um determinado número de aplicações em pacientes com melhora inicial SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Perda definitiva de amplitude articular por anquilose ou retração tendínea SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
4	<b>TRATAMENTO PRESCRITO E OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b> _____ _____ _____
5	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b> Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico



## PLANEJAMENTO DE APLICAÇÕES TBA – DISTONIAS E ESPASMO HEMIFACIAL

Nome civil do(a) paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome social do(a) paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ CID-10: \_\_\_\_\_

Toxina Botulínica Tipo A:  1 (100 UI)  2 (500 UI) Quantidade frascos: \_\_\_\_\_

Intervalo entre as aplicações: \_\_\_\_\_ meses Próxima aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Blefaroespasma</b>			
<b>Músculos</b>		<b>Pontos de aplicação</b>	<b>Dose prescrita (U)</b>
		Dose total por olho	
<b>Espasmo hemifacial</b>			
<b>Músculos</b>		<b>Pontos de aplicação</b>	<b>Dose prescrita (U)</b>
		Dose total prescrita	
<b>Distonia oromandibular</b>			
<b>Músculos</b>		<b>Pontos de aplicação</b>	<b>Dose prescrita (U)</b>
Complexo submentoniano			
Masseter			
		Dose total prescrita	
<b>Distonia cervical</b>			
<b>Tipos</b>	<b>Músculos</b>	<b>Pontos de aplicação</b>	<b>Dose prescrita (U)</b>
Tipo I: Cabeçagirando para o lado e elevação do ombro ipsilateral	Esternocleidomastoideo		
	Elevador da escápula		
	Escaleno mínimo		
	Esplênio		
	Trapézio		
Tipo II: cabeça rotada para um lado	Esternocleidomastoideo		
Tipo III: cabeça inclinada para um lado com elevação do ombro ipsilateral	Esternocleidomastoideo		
	Elevador da escápula		
	Escaleno		
	Trapézio		
Tipo IV: cabeça inclinada para trás	Esplênio bilateral		
	Trapézio		
		Dose total prescrita	



**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\* \_\_\_\_\_

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\* \_\_\_\_\_

16- Data da solicitação\* \_\_\_\_\_

17- Assinatura e carimbo do médico\* \_\_\_\_\_

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](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			