



## **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)

### ESCLEROSE MÚLTIPLA

#### Medicamentos com restrição de idade:

**Fingolimode** - Idade mínima: 10 anos

**Alentuzumabe, Fumarato de Dimetila, Natalizumabe** - 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)
<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> <b>Prescrição Médica</b> <input type="checkbox"/> <b>Formulário Específico: Esclerose Múltipla</b>	<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> <b>Prescrição Médica</b>	<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> <b>Prescrição Médica</b> <input type="checkbox"/> <b>Formulário Específico: Esclerose Múltipla</b>

#### EXAMES

##### → SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Laudo de Ressonância Nuclear Magnética (Último exame realizado)

##### → SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

**OU**

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

#### Para Betainterferonas

- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 Meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 Meses)
- Gama GT (Validade 3 Meses)
- Fosfatase Alcalina (Validade 3 Meses)
- Bilirrubinas (Validade 3 Meses)
- TSH (Validade 3 Meses)

#### Para Alentuzumabe

- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 Meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 Meses)
- Creatinina Sérica (Validade 3 meses)
- TSH (Validade 3 Meses)
- Urina com contagem de células (Validade 3 Meses)
- Laudo de RX de Tórax e Prova Mantoux ou IGRA (Validade 1 ano)

#### Para Azatioprina

- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 Meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 Meses)
- Gama GT (Validade 3 Meses)
- Fosfatase Alcalina (Validade 3 Meses)
- Bilirrubinas (Validade 3 Meses)

#### Para Fingolimode, Fumarato de Dimetila e Natalizumabe

- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 Meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 Meses)
- Bilirrubinas (Validade 3 Meses)
- Fosfatase Alcalina (Validade 3 Meses)

#### Para Teriflunomida

- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 Meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 Meses)
- Bilirrubinas (Validade 3 Meses)
- Fosfatase Alcalina (Validade 3 Meses)

#### OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Para Teriflunomida: Necessário apresentar Receita de Controle Especial (branca) a cada dispensação.

DATA:

LOCAL:

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





## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ESCLEROSE MÚLTIPLA

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____
2	<b>HISTÓRIA CLÍNICA</b> <b>2.1 Primeiro sintoma/sinal</b> Data: ___/___/___ Sintomas e sinais: _____ <b>2.2 Sintomas e sinais subsequentes</b> Data: ___/___/___ Sintomas e sinais: _____ Data: ___/___/___ Sintomas e sinais: _____ <b>2.3 Forma de evolução clínica</b> <input type="checkbox"/> Remitente-Recorrente (EM-RR) <input type="checkbox"/> Secundariamente progressiva (EM-SP) <input type="checkbox"/> Primariamente progressiva (EM-PP) <input type="checkbox"/> Síndrome clinicamente isolada (Clinically Isolated Syndrome - CIS) <input type="checkbox"/> Outra: (especificar): _____ <b>2.4 Escore na Escala Expandida do Estudo de Incapacidade (EDSS) atual:</b> _____
3	<b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b> Informar se o (a) paciente apresenta alguma das condições abaixo: <input type="checkbox"/> Deficiência de vitamina B12 <input type="checkbox"/> Infecção por HIV <input type="checkbox"/> Neurolues
4	<b>EXAMES COMPLEMENTARES (Anexar cópias dos resultados, caso os exames tenham sido realizados)</b> <b>Líquor</b> (Data: ___/___/___) <b>PEV</b> (Data: ___/___/___) Resultado normal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Resultado normal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especifique: _____      Especifique: _____ _____      _____
5	<b>TRATAMENTOS REALIZADOS ATÉ O MOMENTO:</b> <input type="checkbox"/> Pulsoterapia/Metilprednisolona ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ <input type="checkbox"/> Betainterferona      Falha terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Intolerância? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Glatirâmer      Falha terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Intolerância? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Teriflunomida      Falha terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Intolerância? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fumarato de Dimetila      Falha terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Intolerância? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fingolimode      Falha terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Intolerância? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Natalizumabe      Falha terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Intolerância? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não



<b>6</b>	<b>PARA USO DE FINGOLIMODE:</b> Informar-se o (a) paciente apresenta alguma das condições abaixo: <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Hipertensão arterial não controlada</td><td><input type="checkbox"/> Uso de betabloqueadores ou antiarrítmicos</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Bloqueio atrioventricular</td><td><input type="checkbox"/> Bloqueio cardíaco sinoatrial</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doença do nó sinusal</td><td><input type="checkbox"/> Doença cardíaca isquêmica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca congestiva</td><td><input type="checkbox"/> Histórico de infarto do miocárdio</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Histórico de parada cardíaca</td><td><input type="checkbox"/> Doença cerebrovascular</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Apneia do sono grave não tratada</td><td><input type="checkbox"/> Uso de medicamentos que alterem o mecanismo de condução cardíaca</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial não controlada	<input type="checkbox"/> Uso de betabloqueadores ou antiarrítmicos	<input type="checkbox"/> Bloqueio atrioventricular	<input type="checkbox"/> Bloqueio cardíaco sinoatrial	<input type="checkbox"/> Doença do nó sinusal	<input type="checkbox"/> Doença cardíaca isquêmica	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Histórico de infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> Histórico de parada cardíaca	<input type="checkbox"/> Doença cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Apneia do sono grave não tratada	<input type="checkbox"/> Uso de medicamentos que alterem o mecanismo de condução cardíaca
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial não controlada	<input type="checkbox"/> Uso de betabloqueadores ou antiarrítmicos												
<input type="checkbox"/> Bloqueio atrioventricular	<input type="checkbox"/> Bloqueio cardíaco sinoatrial												
<input type="checkbox"/> Doença do nó sinusal	<input type="checkbox"/> Doença cardíaca isquêmica												
<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Histórico de infarto do miocárdio												
<input type="checkbox"/> Histórico de parada cardíaca	<input type="checkbox"/> Doença cerebrovascular												
<input type="checkbox"/> Apneia do sono grave não tratada	<input type="checkbox"/> Uso de medicamentos que alterem o mecanismo de condução cardíaca												
<b>7</b>	<b>PARA USO DE NATALIZUMABE:</b> Informar se o(a) paciente apresenta alguma das condições abaixo: <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Tratamento anterior com Natalizumabe por mais de 2 anos</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Uso anterior de imunossupressor</td><td><input type="checkbox"/> Resultado positivo para anticorpo anti-VJC</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Micoses sistêmicas nos últimos 6 meses</td><td><input type="checkbox"/> Herpes Grave nos últimos 3 meses</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Outra infecção oportunista nos últimos 3 meses</td><td><input type="checkbox"/> Infecção atual ativa</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Suspeita ou diagnóstico de Tuberculose</td><td><input type="checkbox"/> Neoplasia maligna</td></tr></table> <p><b>ATENÇÃO:</b> Para uso do Natalizumabe, os pacientes devem estar sem receber imunomodulador por pelo menos 45 dias ou azatioprina por 3 meses, sendo esta uma condição <u>indispensável</u> para sua administração.</p>	<input type="checkbox"/> Tratamento anterior com Natalizumabe por mais de 2 anos		<input type="checkbox"/> Uso anterior de imunossupressor	<input type="checkbox"/> Resultado positivo para anticorpo anti-VJC	<input type="checkbox"/> Micoses sistêmicas nos últimos 6 meses	<input type="checkbox"/> Herpes Grave nos últimos 3 meses	<input type="checkbox"/> Outra infecção oportunista nos últimos 3 meses	<input type="checkbox"/> Infecção atual ativa	<input type="checkbox"/> Suspeita ou diagnóstico de Tuberculose	<input type="checkbox"/> Neoplasia maligna		
<input type="checkbox"/> Tratamento anterior com Natalizumabe por mais de 2 anos													
<input type="checkbox"/> Uso anterior de imunossupressor	<input type="checkbox"/> Resultado positivo para anticorpo anti-VJC												
<input type="checkbox"/> Micoses sistêmicas nos últimos 6 meses	<input type="checkbox"/> Herpes Grave nos últimos 3 meses												
<input type="checkbox"/> Outra infecção oportunista nos últimos 3 meses	<input type="checkbox"/> Infecção atual ativa												
<input type="checkbox"/> Suspeita ou diagnóstico de Tuberculose	<input type="checkbox"/> Neoplasia maligna												
<b>8</b>	<b>PARA USO DE ALENTUZUMABE:</b> <b>8.1 Paciente já utilizou este medicamento?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM, informar data da última aplicação: _____ <b>8.2 Informar ciclo de tratamento solicitado:</b> _____ <b>Observação:</b> Conforme PCDT, o primeiro ciclo corresponde ao tratamento inicial [5 dias consecutivos (dose total de 60 mg)]. Os demais ciclos adicionais, são de 3 dias consecutivos (dose total de 36 mg), administrados pelo menos 12 meses depois do tratamento anterior. <b>8.3 Informar se o(a) paciente apresenta alguma das condições abaixo:</b> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Hipertensão não controlada</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Vírus da imunodeficiência humana (HIV)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> História de acidente vascular cerebral</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> História de dissecação de artéria cervicocefálica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> História de angina de peito ou infarto do miocárdio</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Infecção ativa grave até a resolução completa da infecção</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Coagulopatia conhecida, em terapia antiplaquetária ou anticoagulante</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hipersensibilidade a substância ativa ou a qualquer um dos excipientes</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Hipertensão não controlada	<input type="checkbox"/> Vírus da imunodeficiência humana (HIV)	<input type="checkbox"/> História de acidente vascular cerebral	<input type="checkbox"/> História de dissecação de artéria cervicocefálica	<input type="checkbox"/> História de angina de peito ou infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> Infecção ativa grave até a resolução completa da infecção	<input type="checkbox"/> Coagulopatia conhecida, em terapia antiplaquetária ou anticoagulante	<input type="checkbox"/> Hipersensibilidade a substância ativa ou a qualquer um dos excipientes				
<input type="checkbox"/> Hipertensão não controlada													
<input type="checkbox"/> Vírus da imunodeficiência humana (HIV)													
<input type="checkbox"/> História de acidente vascular cerebral													
<input type="checkbox"/> História de dissecação de artéria cervicocefálica													
<input type="checkbox"/> História de angina de peito ou infarto do miocárdio													
<input type="checkbox"/> Infecção ativa grave até a resolução completa da infecção													
<input type="checkbox"/> Coagulopatia conhecida, em terapia antiplaquetária ou anticoagulante													
<input type="checkbox"/> Hipersensibilidade a substância ativa ou a qualquer um dos excipientes													



9	<p><b>PARA SOLICITAÇÕES DE TERIFLUNOMIDA E ALENTUZUMABE:</b></p> <p>Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose (ativa ou latente): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"><p><b><u>ATENÇÃO:</u> Antes do início do tratamento com estes medicamentos deve ser realizado a triagem para Tuberculose, conforme PCDT.</b></p></div>
10	<p><b>OUTRAS INFORMAÇÕES:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/>
11	<p><b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b></p> <p>Data de preenchimento: ____ / ____ / ____</p> <p>Assinatura e carimbo: _____</p> <p style="text-align: right;">Médico</p>



## ESCALA DE EDSS – ESCLEROSE MÚLTIPLA

NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: \_\_\_\_\_

FUNÇÕES PIRAMIDAIAS	
Normal	0
Sinais Anormais sem incapacidade	1
Incapacidade mínima	2
Discreta ou moderada paraparesia ou hemiparesia; monoparesia grave	3
Paraparesia ou hemiparesia acentuada; quadriparesia moderada ou monoplegia	4
Paraplegia, hemiplegia ou acentuada quadriparesia	5
Quadriplegia	6
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES CEREBELARES	
Normal	0
Sinais anormais sem incapacidade	1
Ataxia discreta em qualquer membro	2
Ataxia moderada de tronco ou de membros	3
Incapaz de realizar movimentos coordenados devido à ataxia	4
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES DO TRONCO CEREBRAL	
Normal	0
Somente sinais anormais	1
Nistagmo moderado ou outra incapacidade leve	2
Nistagmo grave, acentuada paresia extraocular ou incapacidade moderada de outros cranianos	3
Disartria acentuada ou outra incapacidade acentuada	4
Incapacidade de deglutir ou falar	5
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES SENSITIVAS	
Normal	0
Diminuição de sensibilidade ou estereognosia em 1-2 membros	1
Diminuição discreta de tato ou dor ou da sensibilidade posicional e/ou diminuição moderada da vibratória ou estereognosia em 1-2 membros; ou diminuição somente da vibratória em 3-4 membros	2
Diminuição moderada de tato ou dor, ou posicional e/ou perda da vibratória em 1-2 membros; ou diminuição discreta de tato ou dor e/ou diminuição moderada de toda propriocepção em 3-4 membros	3
Diminuição acentuada de tato ou dor, ou perda da propriocepção em 1-2 membros; ou diminuição moderada de tato ou dor e/ou diminuição acentuada da propriocepção em mais de 2 membros.	4
Perda da sensibilidade de 1-2 membros; ou moderada diminuição de tato ou dor e/ou perda da propriocepção na maior parte do corpo abaixo da cabeça.	5
Anestesia da cabeça para baixo	6
Desconhecido	(*)



<b>FUNÇÕES VESICAIS</b>	
Normal	0
Sintomas urinários sem incontinência	1
Incontinência < ou igual uma vez por semana	2
Incontinência > ou igual uma vez por semana	3
Incontinência diária ou mais que 1 vez por dia	4
Caracterização contínua	5
Grau 5 para bexiga e grau 5 para disfunção retal	6
Desconhecido	(*)
<b>FUNÇÕES INTESTINAIS</b>	
Normal	0
Obstipação menos que diária sem incontinência	1
Obstipação diária sem incontinência	2
Incontinência < uma vez semana	3
Incontinência > uma vez semana	4
Sem controle de esfíncter retal	5
Grau 5 para bexiga e grau 5 para disfunção retal	6
Desconhecido	(*)
<b>FUNÇÕES VISUAIS</b>	
Normal	0
Escotoma com acuidade visual (AV) igual ou melhor que 20/30	1
Pior olho com escotoma e AV de 20/30 a 20/59	2
Pior olho com grande escotoma, ou diminuição moderada dos campos, mas com AV de 20/60 a 20/99	3
Pior olho com diminuição acentuada dos campos a AV de 20/100 a 20/200; ou grau 3 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60	4
Pior olho com AV menor que 20/200; ou grau 4 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60	5
Grau 5 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60	6
Desconhecido	(*)
<b>FUNÇÕES MENTAIS</b>	
Normal	0
Alteração apenas do humor	1
Diminuição discreta da mentação	2
Diminuição normal da mentação	3
Diminuição acentuada da mentação (moderada síndrome cerebelar crônica)	4
Demência ou grave síndrome cerebral crônica	5
Desconhecido	(*)
<b>OUTRAS FUNÇÕES</b>	
Nenhuma	0
Qualquer outro achado devido à EM	1
Desconhecido	(*)

Assinatura e carimbo do médico: \_\_\_\_\_





## 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			