



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 C

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 OU EXTENSÃO DO TEMPO DE TRATAMENTO)
<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Hepatite Viral C	Não se aplica	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Relatório Médico

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- HCV-RNA Quantitativo (Validade 12 meses)
- Genótipo do HCV (Realizado a qualquer momento)

Para Pacientes Cirróticos - Exames para avaliar a duração do tratamento solicitado

- Laudo de Biópsia Hepática (Realizada em qualquer momento) ou
- TGO/AST, TGP/AST e Contagem de Plaquetas (Validades 6 meses) ou
- Elastografia Hepática (Realizada em qualquer momento) ou
- Laudo de Ultrassom de Abdome Superior (Realizado em qualquer momento) ou
- Laudo de Endoscopia Digestiva Alta (Realizado em qualquer momento)

Para Pacientes com Cirrose Descompensada (Child-Pugh B ou C)

- Bilirrubina total (Validade 3 meses)
- Albumina (Validade 3 meses)
- RNI (Validade 3 meses)

Para Pacientes com Insuficiência Renal Crônica

- Depuração/Clearance de Creatinina (Validade 6 meses) ou
- Creatinina sérica (Validade 6 meses) ou
- Comprovação de diálise em Relatório Médico

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

Para terapias que incluem Ribavirina ou Alfapéginterferona

- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses)

→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO OU EXTENSÃO DO TEMPO DE TRATAMENTO): EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME NOVO MEDICAMENTO REQUERIDO OU COMPROVAÇÃO DE CIRROSE HEPÁTICA DESCOMPENSADA

Para terapias que incluem Ribavirina ou Alfapéginterferona

- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses)

Para Extensão de Tratamento: Comprovar Cirrose Descompensada (Child-Pugh B ou C)

- Bilirrubina total (Validade 3 meses)
- Albumina (Validade 3 meses)
- RNI (Validade 3 meses)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Necessário apresentar para a primeira dispensação: exame de β -HCG para mulheres em idade fértil (Validade 15 dias).
Para Ribavirina: Necessário apresentar Receita de Controle Especial (branca) a cada dispensação.

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – HEPATITE VIRAL C

1	NOME DO(A) PACIENTE: _____
2	Nº. DA NOTIFICAÇÃO HCV: _____ (ou anexar cópia da Notificação)
3	CID-10: <input type="checkbox"/> B17.1 Hepatite Viral Aguda C <input type="checkbox"/> B18.2 Hepatite Viral Crônica C
4	GENÓTIPO: <input type="checkbox"/> 1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou 6 <input type="checkbox"/> Indeterminado
5	DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO – HISTÓRICO (Diagnóstico – quadro clínico – evolução) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
6	TEMPO DE TRATAMENTO: <input type="checkbox"/> 8 SEMANAS <input type="checkbox"/> 12 SEMANAS <input type="checkbox"/> 16 SEMANAS <input type="checkbox"/> 24 SEMANAS
7	PACIENTE APRESENTA CIRROSE HEPÁTICA? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Caso afirmativo, apresentar exames comprobatórios (VER CHECKLIST).
8	PACIENTE APRESENTA CIRROSE HEPÁTICA DESCOMPENSADA (CHILD-PUGH B ou C)? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Caso afirmativo, apresentar exames comprobatórios (VER CHECKLIST).
9	PACIENTE APRESENTA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA AVANÇADA (DEPURAÇÃO DE CREATININA INFERIOR OU IGUAL A 30 ML/MIN)? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Caso afirmativo, apresentar exames comprobatórios (VER CHECKLIST).
10	O PACIENTE FEZ TRATAMENTO PRÉVIO PARA HEPATITE C? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Caso afirmativo, assinale qual (is) medicamento (s) já foi (ram) utilizados pelo paciente: <input type="checkbox"/> PEG-IFN <input type="checkbox"/> OMBITASVIR/VERUPREVIR/RITONAVIR + DASABUVIR <input type="checkbox"/> RIBAVIRINA <input type="checkbox"/> SOFOSBUVIR <input type="checkbox"/> DACLATASVIR <input type="checkbox"/> SIMEPREVIR <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ Informar a data de término do tratamento prévio: _____ Informar a duração do tratamento prévio: _____



11	CONTRAINDICAÇÕES AO USO DE ESQUEMAS TERAPÊUTICOS CONTENDO ALFAPEGUINTERFERONA/ RIBAVIRINA (descrever, se for o caso): _____ _____ _____
12	O(A) PACIENTE ESTÁ EM USO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se sim, descreva: _____ _____ _____
13	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>

IMPORTANTE

Os novos medicamentos, ainda que indicados e utilizados corretamente, podem ocasionar eventos adversos imprevisíveis ou desconhecidos. Se ocorrerem, devem ser notificados pelo NOTIVISA ou para a Vigilância Sanitária estadual ou municipal.



Sistema
Único
de Saúde

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

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*				6- Altura do paciente*	
4- Nome da Mãe do Paciente*		kg				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?*							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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?							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento							
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*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante							
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____							
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*						20- Telefone(s) para contato do paciente	
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação							
21- Número do documento do paciente						23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS							
22- Correio eletrônico do paciente							

*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:
<hr/> ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO	
Medicamentos solicitados:	
Observações:	