



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)

PSORÍASE

Medicamentos com restrição de idade:

Adalimumabe, Risanquizumabe, Secuquinumabe, Ustequinumabe - Idade mínima: 18 anos

Etanercepte 25mg e 50mg (originador) - Idade mínima: 6 anos e Idade máxima: 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"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Psoríase	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Psoríase

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

Não se aplica

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

OU

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

Para todos os Medicamentos Sistêmicos (Acitretina, Metotrexato, Ciclosporina, Adalimumabe, Etanercepte, Ustequinumabe, Secuquinumabe e Risanquizumabe)

- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses)

Para Calcipotriol

- Cálcio (Validade 3 meses)

Para Acitretina

- Creatinina (Validade 3 meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)
- Colesterol total e frações (Validade 3 meses)
- Triglicérides (Validade 3 meses)
- β-HCG para mulheres em idade fértil (Validade 15 dias)
- Laudo RX mãos e punhos com Avaliação da Idade Óssea (Paciente Pediátrico)

Para Metotrexato

- Creatinina (Validade 3 meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)
- β-HCG para mulheres em idade fértil (Validade 15 dias)

Para Adalimumabe, Etanercepte, Ustequinumabe, Secuquinumabe e Risanquizumabe

- Prova de Mantoux (Teste Tuberculínico-PPD) ou IGRA *
- ***Observação:** - Exames com resultado ≥ 5 mm/positivo ou pacientes já submetidos ao tratamento completo da tuberculose: (Último exame realizado)
- Exames com resultado < 5mm/negativo, enquanto paciente estiver em tratamento: (Validade de 1 ano)

Para Ciclosporina

- Creatinina (Validade 3 meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Para Acitretina: Necessário apresentar a cada dispensação:

- Termo de Consentimento Pós Informação e Notificação de Receita de Controle Especial 'Retinóides Sistêmicos' (branca) (Documentos fornecidos pelo médico);
- Exame de β-HCG para mulheres em idade fértil (Validade 15 dias).

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





3	INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Insuficiência hepática grave</td><td><input type="checkbox"/> Acne vulgar</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Insuficiência renal grave</td><td><input type="checkbox"/> Infecções do couro cabeludo</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Anemia</td><td><input type="checkbox"/> Dermatite perioral</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hipertrigliceridemia grave</td><td><input type="checkbox"/> Prurido sem inflamação</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Etilismo</td><td><input type="checkbox"/> Infecções cutâneas não tratadas</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Gestação, lactação e concepção</td><td><input type="checkbox"/> Rosácea</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hipoplasia medular</td><td><input type="checkbox"/> Prurido genital e perianal</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Trombocitopenia</td><td><input type="checkbox"/> Infecção por HIV</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Síndromes de imunodeficiência</td><td><input type="checkbox"/> Hepatite B</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Infecções ativas</td><td><input type="checkbox"/> Hepatite C</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Leucopenia</td><td><input type="checkbox"/> Artrite psoriásica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tratamento com fototerapia PUVA e UVB</td><td><input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca congestiva classes III e IV de NYHA</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hipercalcemia</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Insuficiência hepática grave	<input type="checkbox"/> Acne vulgar	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal grave	<input type="checkbox"/> Infecções do couro cabeludo	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Dermatite perioral	<input type="checkbox"/> Hipertrigliceridemia grave	<input type="checkbox"/> Prurido sem inflamação	<input type="checkbox"/> Etilismo	<input type="checkbox"/> Infecções cutâneas não tratadas	<input type="checkbox"/> Gestação, lactação e concepção	<input type="checkbox"/> Rosácea	<input type="checkbox"/> Hipoplasia medular	<input type="checkbox"/> Prurido genital e perianal	<input type="checkbox"/> Trombocitopenia	<input type="checkbox"/> Infecção por HIV	<input type="checkbox"/> Síndromes de imunodeficiência	<input type="checkbox"/> Hepatite B	<input type="checkbox"/> Infecções ativas	<input type="checkbox"/> Hepatite C	<input type="checkbox"/> Leucopenia	<input type="checkbox"/> Artrite psoriásica	<input type="checkbox"/> Tratamento com fototerapia PUVA e UVB	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca congestiva classes III e IV de NYHA	<input type="checkbox"/> Hipercalcemia	
<input type="checkbox"/> Insuficiência hepática grave	<input type="checkbox"/> Acne vulgar																										
<input type="checkbox"/> Insuficiência renal grave	<input type="checkbox"/> Infecções do couro cabeludo																										
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Dermatite perioral																										
<input type="checkbox"/> Hipertrigliceridemia grave	<input type="checkbox"/> Prurido sem inflamação																										
<input type="checkbox"/> Etilismo	<input type="checkbox"/> Infecções cutâneas não tratadas																										
<input type="checkbox"/> Gestação, lactação e concepção	<input type="checkbox"/> Rosácea																										
<input type="checkbox"/> Hipoplasia medular	<input type="checkbox"/> Prurido genital e perianal																										
<input type="checkbox"/> Trombocitopenia	<input type="checkbox"/> Infecção por HIV																										
<input type="checkbox"/> Síndromes de imunodeficiência	<input type="checkbox"/> Hepatite B																										
<input type="checkbox"/> Infecções ativas	<input type="checkbox"/> Hepatite C																										
<input type="checkbox"/> Leucopenia	<input type="checkbox"/> Artrite psoriásica																										
<input type="checkbox"/> Tratamento com fototerapia PUVA e UVB	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca congestiva classes III e IV de NYHA																										
<input type="checkbox"/> Hipercalcemia																											
4	PARA SOLICITAÇÕES DE METOTREXATO E/OU CICLOSPORINA: Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose sem tratamento (ativa ou latente): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso destes medicamentos.</div>																										
5	PARA SOLICITAÇÃO DE SECUQUINUMABE, USTEQUINUMABE OU RISANQUIZUMABE: Justificar a indicação do medicamento prescrito e o motivo da não prescrição de adalimumabe. <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																										
6	PARA SOLICITAÇÕES DE ADALIMUMABE, ETANERCEPTE, USTEQUINUMABE, SECUQUINUMABE E RISANQUIZUMABE, CASO NÃO 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: <hr/> <hr/> <hr/>																										
7	OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES: <hr/> <hr/>																										
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. 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.

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			