



## **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)

### DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL FIBROSANTE PROGRESSIVA (DPI-FP)

**Medicamento com restrição de idade:**

Pirfenidona, Nintedanibe - 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 DE MEDICAMENTO)
<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: DPI-FP	<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: DPI-FP

**EXAMES****→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS**

- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)
- Gama GT (Validade 3 meses)
- Tomografia computadorizada de tórax de alta resolução (TCAR) (Último exame realizado)\*
- Espirometria com laudo (Último exame realizado)\*
- Prova de difusão de monóxido de carbono (DLCO) com laudo (Último exame realizado / Caso o paciente tenha realizado o exame)\*

\* Para casos de **Doença Pulmonar Fibrosante não FPI** (CID-10 J84.8, J84.9, J67, J99.0, J99.1 e J99.8), necessário apresentar pelo menos 2 exames (ou 1 exame citando comparação com exame anterior)

**→ REAVALIAÇÃO (TROCA DE MEDICAMENTO): EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME NOVO MEDICAMENTO REQUERIDO****Para Pirfenidona**

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

**Para Nintedanibe**

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

**OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO**

Não se aplica

**DATA:****LOCAL:**

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





## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL FIBROSANTE PROGRESSIVA (DPI-FP)

1	<b>NOME CIVIL DO (A) PACIENTE:</b> _____ <b>IDADE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____		
2	<b>CLASSIFICAÇÃO:</b> <input type="checkbox"/> Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) – CID-10 J84.1 <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Doença Pulmonar Fibrosante não FPI – CID-10 J84.8, J84.9, J67, J99.0, J99.1 e J99.8		
3	<b>HISTÓRIA CLÍNICA</b> <b>3.1. Características clínicas e evolução da doença:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ <b>3.2 Grau da dispneia (de acordo com a escala MRC):</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <b>3.3 Exacerbações da doença no último ano:</b> <input type="checkbox"/> SIM – Informar a quantidade: _____ <input type="checkbox"/> NÃO <b>3.4 Em caso de diagnóstico de DOENÇA PULMONAR FIBROSANTE NÃO FPI sinalize se houve:</b> <table border="1" data-bbox="236 1323 1433 1727"><tr><td data-bbox="236 1323 1433 1451"><b>Piora funcional em 12 meses:</b> <input type="checkbox"/> Declínio absoluto &gt; 5% CVF <input type="checkbox"/> Declínio absoluto &gt;10% DLCO</td></tr><tr><td data-bbox="236 1451 1433 1727"><b>Progressão na TCAR :</b> <input type="checkbox"/> Aumento da extensão ou gravidade da bronquiectasia/bronquiolectasia de tração <input type="checkbox"/> Nova opacidade em vidro fosco com bronquiectasia de tração <input type="checkbox"/> Nova reticulação fina <input type="checkbox"/> Extensão aumentada ou anormalidade reticular mais grosseira que previamente <input type="checkbox"/> Faveolamento novo ou aumentado <input type="checkbox"/> Maior perda de volume lobar</td></tr></table>	<b>Piora funcional em 12 meses:</b> <input type="checkbox"/> Declínio absoluto > 5% CVF <input type="checkbox"/> Declínio absoluto >10% DLCO	<b>Progressão na TCAR :</b> <input type="checkbox"/> Aumento da extensão ou gravidade da bronquiectasia/bronquiolectasia de tração <input type="checkbox"/> Nova opacidade em vidro fosco com bronquiectasia de tração <input type="checkbox"/> Nova reticulação fina <input type="checkbox"/> Extensão aumentada ou anormalidade reticular mais grosseira que previamente <input type="checkbox"/> Faveolamento novo ou aumentado <input type="checkbox"/> Maior perda de volume lobar
<b>Piora funcional em 12 meses:</b> <input type="checkbox"/> Declínio absoluto > 5% CVF <input type="checkbox"/> Declínio absoluto >10% DLCO			
<b>Progressão na TCAR :</b> <input type="checkbox"/> Aumento da extensão ou gravidade da bronquiectasia/bronquiolectasia de tração <input type="checkbox"/> Nova opacidade em vidro fosco com bronquiectasia de tração <input type="checkbox"/> Nova reticulação fina <input type="checkbox"/> Extensão aumentada ou anormalidade reticular mais grosseira que previamente <input type="checkbox"/> Faveolamento novo ou aumentado <input type="checkbox"/> Maior perda de volume lobar			
4	<b>TRATAMENTOS PRÉVIOS E ATUAIS:</b> Especificar: _____ _____ _____ _____		



<b>5</b>	<b>EM CASO DE TROCA DE MEDICAMENTO, JUSTIFICAR A SOLICITAÇÃO:</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>6</b>	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b> Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>

**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\* \_\_\_\_\_ 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\*:  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 180 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			