



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>).
- ✓ Em caso de dúvidas, procure o farmacêutico de sua regional ou de seu município.



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

DOR CRÔNICA

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: Dor Crônica	<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: Dor Crônica

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

Não se aplica

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

Não se aplica

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

Não se aplica

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Para Codeína (comprimido e solução oral), Gabapentina: Necessário apresentar Receita de Controle Especial (branca) a cada dispensação.

Para Metadona, Morfina: Necessário apresentar Notificação de Receita 'A' (amarela) a cada dispensação.

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOR CRÔNICA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																																	
2	HISTÓRIA CLÍNICA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA (informar a causa da dor, diagnóstico e evolução): _____ _____ _____ _____ _____																																	
3	O TEMPO DE DURAÇÃO DA DOR É DE 3 MESES OU MAIS? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																																	
4	ESCALA VISUAL ANALÓGICA – E.V.A. (Assinale a intensidade dos sintomas relatados pelo paciente, em uma escala de 0 a 10, correspondendo o zero a ausência de dor e o 10 a pior dor imaginável): <table border="1" data-bbox="327 958 1342 1077"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>NULA</td><td colspan="3">LEVE</td><td colspan="3">MODERADA</td><td colspan="4">INTENSA</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												NULA	LEVE			MODERADA			INTENSA			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
NULA	LEVE			MODERADA			INTENSA																											
5	INFORMAR CLASSIFICAÇÃO DA DOR: <input type="checkbox"/> Dor nociceptiva <input type="checkbox"/> Dor neuropática <input type="checkbox"/> Dor nociplástica <input type="checkbox"/> Dor mista <input type="checkbox"/> Dor Oncológica																																	
6	PARA SOLICITAÇÕES DE NAPROXENO: 6.1 Paciente apresenta diagnóstico confirmado de osteoartrite de joelho e de quadril? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 6.2 Se SIM, especificar CID-10 (mesmo CID-10 informado no campo 9 do LME-Solicitação): <table border="0" data-bbox="263 1691 1436 2038"><tr><td><input type="checkbox"/> M16.0 Coxartrose primária bilateral;</td><td><input type="checkbox"/> M17.0 Gonartrose primária bilateral;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> M16.1 Outras coxartroses primárias;</td><td><input type="checkbox"/> M17.1 Outras gonartroses primárias;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> M16.4 Coxartrose bilateral pós-traumática;</td><td><input type="checkbox"/> M17.2 Gonartrose pós-traumática bilateral;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> M16.5 Outras coxartroses pós-traumáticas;</td><td><input type="checkbox"/> M17.3 Outras gonartroses pós-traumáticas;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> M16.6 Outras coxartroses secundárias bilaterais;</td><td><input type="checkbox"/> M17.4 Outras gonartroses secundárias bilaterais;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> M16.7 Outras coxartroses secundárias;</td><td><input type="checkbox"/> M17.5 Outras gonartroses secundárias.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> M16.9 Coxartrose não especificada;</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> M16.0 Coxartrose primária bilateral;	<input type="checkbox"/> M17.0 Gonartrose primária bilateral;	<input type="checkbox"/> M16.1 Outras coxartroses primárias;	<input type="checkbox"/> M17.1 Outras gonartroses primárias;	<input type="checkbox"/> M16.4 Coxartrose bilateral pós-traumática;	<input type="checkbox"/> M17.2 Gonartrose pós-traumática bilateral;	<input type="checkbox"/> M16.5 Outras coxartroses pós-traumáticas;	<input type="checkbox"/> M17.3 Outras gonartroses pós-traumáticas;	<input type="checkbox"/> M16.6 Outras coxartroses secundárias bilaterais;	<input type="checkbox"/> M17.4 Outras gonartroses secundárias bilaterais;	<input type="checkbox"/> M16.7 Outras coxartroses secundárias;	<input type="checkbox"/> M17.5 Outras gonartroses secundárias.	<input type="checkbox"/> M16.9 Coxartrose não especificada;																				
<input type="checkbox"/> M16.0 Coxartrose primária bilateral;	<input type="checkbox"/> M17.0 Gonartrose primária bilateral;																																	
<input type="checkbox"/> M16.1 Outras coxartroses primárias;	<input type="checkbox"/> M17.1 Outras gonartroses primárias;																																	
<input type="checkbox"/> M16.4 Coxartrose bilateral pós-traumática;	<input type="checkbox"/> M17.2 Gonartrose pós-traumática bilateral;																																	
<input type="checkbox"/> M16.5 Outras coxartroses pós-traumáticas;	<input type="checkbox"/> M17.3 Outras gonartroses pós-traumáticas;																																	
<input type="checkbox"/> M16.6 Outras coxartroses secundárias bilaterais;	<input type="checkbox"/> M17.4 Outras gonartroses secundárias bilaterais;																																	
<input type="checkbox"/> M16.7 Outras coxartroses secundárias;	<input type="checkbox"/> M17.5 Outras gonartroses secundárias.																																	
<input type="checkbox"/> M16.9 Coxartrose não especificada;																																		



7	TRATAMENTOS PRÉVIOS (DETALHAR FALHA TERAPÊUTICA, INTOLERÂNCIA E CONTRAINDICAÇÕES): <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
8	DETALHAR TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ATUAL DO(A) PACIENTE: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
9	JUSTIFICAR INDICAÇÃO DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S): <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
10	EM CASO DE SOLICITAÇÕES DE ASSOCIAÇÕES DE MEDICAMENTOS DO CEAF, JUSTIFICAR: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
11	OUTRAS INFORMAÇÕES: <hr/> <hr/>
12	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico

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					
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: _____							
<p align="center">13- Atestado de capacidade*</p> <p>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?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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* : <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* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda					20- Telefone(s) para contato do paciente _____		
21- Número do documento do paciente _____ <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS _____					23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____		
22- Correio eletrônico do paciente _____							

*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.

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			