GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FARMÁCIA DE MINAS

ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA SOLICITAÇÃO DE INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA E INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO PROLONGADA

- ✓ 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 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.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

DIABETES MELLITUS TIPO 1

Medicamentos com restrição de idade:
Insulina Asparte - Idade mínima: 1 ano e Idade máxima: 3 anos
Insulina Lispro - Idade mínima: 3 anos
Insulina Glargina - Idade mínima: 2 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 E MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)	→ REAVALIAÇÃO (INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ **Prescrição Médica** (conforme Denominação Comum Brasileira) ☐ **Formulário Específico:** Diabetes Mellitus Tipo 1 - Solicitação Inicial **Observação:** Conforme indicação do campo 9, pode ser também necessário preencher e apresentar o **Formulário Específico Diabetes Mellitus Tipo 1 - Monitoramento do Tratamento**	☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ **Prescrição Médica** (conforme Denominação Comum Brasileira) ☐ **Formulário Específico:** Diabetes Mellitus Tipo 1 - Monitoramento do Tratamento	☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ **Prescrição Médica** (conforme Denominação Comum Brasileira) ☐ **Formulário Específico:** Diabetes Mellitus Tipo 1 - Solicitação Inicial **Observação:** Conforme indicação do campo 9, pode ser também necessário preencher e apresentar o **Formulário Específico Diabetes Mellitus Tipo 1 - Monitoramento do Tratamento**

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- ☐ Hemoglobina Glicada (Dois exames realizados nos últimos 6 meses) ou
- ☐ Glicemia em Jejum (Dois exames realizados nos últimos 6 meses) ou
- ☐ Glicemia Aleatória (Um exame realizado nos últimos 6 meses) ou
- ☐ Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga (Um exame realizado nos últimos 6 meses)

Para comprovação de LADA (se for o caso, conforme indicação no campo 3 do Formulário Específico de Solicitação Inicial)

- ☐ Peptídeo C (Último exame realizado)
- ☐ Pelo menos um dos Marcadores de Autoimunidade: Anti-ICA ou Anticorpo Anti-ilhota de Langerhans; Anti IAA ou Anticorpo Anti-Iinsulina; ou outros disponíveis (Último exame realizado)

→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO): EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME NOVO MEDICAMENTO REQUERIDO – APENAS CASO NÃO APRESENTADOS NA SOLICITAÇÃO INICIAL

- ☐ Hemoglobina Glicada (Dois exames realizados nos últimos 6 meses) ou
- ☐ Glicemia em Jejum (Dois exames realizados nos últimos 6 meses) ou
- ☐ Glicemia Aleatória (Um exame realizado nos últimos 6 meses) ou
- ☐ Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga (Um exame realizado nos últimos 6 meses)

Para comprovação de LADA (se for o caso, conforme indicação no campo 3 do Formulário Específico de Solicitação Inicial)

- ☐ Peptídeo C (Último exame realizado)

Pelo menos um dos Marcadores de Autoimunidade: Anti-ICA ou Anticorpo Anti-ilhota de Langerhans; Anti IAA ou Anticorpo Anti-Iinsulina; ou outros disponíveis (Último exame realizado)

→ MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

- ☐ Hemoglobina Glicada (Validade 3 meses)

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO
Não se aplica

DATA:	**LOCAL:**	
_____ NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA		

Atualizado em 08/07/2025

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DIABETES MELLITUS TIPO 1
SOLICITAÇÃO INICIAL

1	**NOME CIVIL DO(A) PACIENTE**: _____ **NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE**: _____
2	**IDADE:** _____
3	**INFORMAR SOBRE O DIAGNÓSTICO:** ☐ **DM1** **OU** ☐ **DM autoimune latente do adulto – "LADA"*** **OU** ☐ **DM2** ***** Caso assinalado **DM autoimune latente do adulto – "LADA"**, necessário ANEXAR, conforme checklist: ☐ Peptídeo C (Último exame realizado) ☐ Pelo menos um dos Marcadores de Autoimunidade: Anti-ICA ou Anticorpo Anti-ilhota de Langerhans; Anti IAA ou Anticorpo Anti-Iinsulina; ou outros disponíveis (Último exame realizado)
4	**DATA DE DIAGNÓSTICO:** _____ /____ /_____ **TEMPO DE DIAGNÓSTICO**: _____
5	**ASSINALAR AO MENOS UM CRITÉRIO ABAIXO, APRESENTADO NOS ÚLTIMOS 6 MESES:** ☐ Hipoglicemia Grave (definida pela necessidade de atendimento emergencial ou de auxílio de um terceiro para sua resolução). Caso assinalado este critério, necessário anexar relatório de atendimento emergencial e/ou registros em softwares, tabelas ou glicosímetros. ☐ Hipoglicemia não graves repetidas (definida como dois episódios ou mais por semana) caracterizadas por glicemia capilar < 54mg/dL com ou sem sintomas ou < 70mg/dL acompanhado de sintomas (tremores, sudorese fria, palpitações e sensação de desmaio); ☐ Hipoglicemias noturnas repetidas (definidas como mais de um episódio por semana); ☐ Persistente mau controle, comprovado pela análise laboratorial dos últimos doze meses de acordo com os critérios da HbA1c. Caso assinalado este critério, necessário anexar todos os exames de HbA1c realizados nos últimos 12 meses que comprovem o mau controle.
6	**DETALHAR A HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE, INFORMANDO SINAIS DE INSULINOPENIA INEQUÍVOCA:** sintomas de hiperglicemia (glicemia acima de 200 mg/dL necessariamente associada à poliúria, noctúria, polidipsia, polifagia noctúria e perda de peso inexplicada) ou presença de cetoacidose diabética. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

7	**INFORMAR SOBRE PACIENTE:** **7.1 Realiza acompanhamento regular (mínimo duas vezes ao ano) com médico e equipe multidisciplinar e sempre que possível com endocrinologista?** ☐ **SIM** ☐ **NÃO** **7.2 Realiza automonitorização da glicemia capilar no mínimo 3 vezes ao dia?** ☐ **SIM** ☐ **NÃO**
8	**TRATAMENTO PRÉVIO:** **8.1 Foi utilizada insulina NPH?** ☐ SIM ☐ NÃO **Se SIM, foi utilizada por mais de 3 meses?** ☐ SIM ☐ NÃO **8.2 Foi utilizada insulina Regular?** ☐ SIM ☐ NÃO **Se SIM, foi utilizada por mais de 3 meses?** ☐ SIM ☐ NÃO **8.3 Foi utilizada insulina análoga de ação rápida (Asparte, Lispro ou Glulisina)?** ☐ SIM ☐ NÃO **Se SIM, foi utilizada por mais de 3 meses?** ☐ SIM ☐ NÃO **8.4 Foi utilizada insulina NPH associada à insulina análoga de ação rápida?** ☐ SIM ☐ NÃO **Se SIM, a associação foi utilizada por pelo menos três meses?** ☐ SIM ☐ NÃO
9	**TRATAMENTO ATUAL:** **9.1 Paciente está utilizando insulina análoga de ação rápida (Asparte, Lispro ou Glulisina)?** ☐ SIM ☐ NÃO Se SIM, necessário preencher e anexar também o formulário DIABETES MELLITUS TIPO 1 - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO **9.2 Paciente está utilizando insulina de ação prolongada Glargina?** ☐ SIM ☐ NÃO Se SIM, necessário preencher e anexar também o formulário DIABETES MELLITUS TIPO 1 - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO
10	**Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.** Data de preenchimento: _____ /_____ /_____ Assinatura e carimbo: _____ Médico

Atualizado em 08/07/2025

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DIABETES MELLITUS TIPO 1
MONITORAMENTO DO TRATAMENTO

1

NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____

NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____

2

ASSINALAR SOBRE O DIAGNÓSTICO:

☐ Declaro que paciente tem diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1, conforme critérios do PCDT vigente, e já está em tratamento com a insulina solicitada.

3

SOBRE O MONITORAMENTO DO USO DA INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA E INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO PROLONGADA, INFORMAR:

- Foi realizado acompanhamento médico regular? ☐ SIM ☐ NÃO
- Foi realizada a automonitorização da glicemia capilar? ☐ SIM ☐ NÃO

4

ASSINALAR PELO MENOS UM DOS CRITÉRIOS ABAIXO, CONFORME CRITÉRIOS DE MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO DO PCDT VIGENTE:

☐ Paciente atingiu as metas de controle glicêmico, conforme o quadro abaixo (**ANEXAR** resultado de HbA1c - validade 3 meses).

HbA1c %	Crianças e adolescentes	Adultos	Idosos
	< 7,5	< 7,0	Entre 7,5 e 8,5

☐ Paciente apresenta redução mínima de 0,5 no valor da HbA1c em relação ao exame apresentado na última avaliação (anexar resultado de HbA1c – validade 3 meses).

☐ Paciente apresenta melhora dos episódios de hipoglicemia com o uso do medicamento. Caso assinalado este critério, **ANEXAR** registro de glicosímetros ou meios gráficos disponíveis.

☐ Paciente apresentou/apresenta condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas, não persistente por mais de seis meses. Detalhar:

_____

_____

_____

_____

5

JUSTIFICATIVA PARA AJUSTE DE DOSE:

_____

_____

6

Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.

Data de preenchimento: _____ /_____ /_____

Assinatura e carimbo: _____
Médico

Atualizado em 08/07/2025

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* ____ 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

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

22- Correio eletrônico do paciente

***CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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			