



**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.



## 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

- ☐ **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**

##### → RENOVAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

- ☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- ☐ **Prescrição Médica** (conforme Denominação Comum Brasileira)
- ☐ **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-linsulina; ou outros disponíveis (Último exame realizado)

##### → MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

- ☐ Hemoglobina Glicada (Validade 3 meses)

#### OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DIABETES MELLITUS TIPO 1 SOLICITAÇÃO INICIAL

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____<br><b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2 | <b>IDADE:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3 | <b>INFORMAR SOBRE O DIAGNÓSTICO:</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>DM1</b> <u>OU</u> <input type="checkbox"/> <b>DM autoimune latente do adulto – “LADA”*</b> <u>OU</u> <input type="checkbox"/> <b>DM2</b><br><br>* Caso assinalado <b>DM autoimune latente do adulto – “LADA”</b> , necessário ANEXAR, conforme checklist:<br><br><input type="checkbox"/> Peptídeo C (Último exame realizado)<br><br><input type="checkbox"/> Pelo menos um dos Marcadores de Autoimunidade: Anti-ICA ou Anticorpo Anti-ilhota de Langerhans; Anti IAA ou Anticorpo Anti-linsulina; ou outros disponíveis (Último exame realizado)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4 | <b>DATA DE DIAGNÓSTICO:</b> ____/____/____ <b>TEMPO DE DIAGNÓSTICO:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 5 | <b>ASSINALAR AO MENOS UM CRITÉRIO ABAIXO, APRESENTADO NOS ÚLTIMOS 6 MESES:</b><br><br><input type="checkbox"/> 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.<br><br><input type="checkbox"/> 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);<br><br><input type="checkbox"/> Hipoglicemias noturnas repetidas (definidas como mais de um episódio por semana);<br><br><input type="checkbox"/> 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 | <b>DETALHAR A HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE, INFORMANDO SINAIS DE INSULINOPENIA INEQUÍVOCA:</b> 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.<br><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |



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



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DIABETES MELLITUS TIPO 1 MONITORAMENTO DO TRATAMENTO

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |                         |         |        |  |       |       |                 |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|---------|--------|--|-------|-------|-----------------|
| 1       | <b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____<br><b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                         |         |        |  |       |       |                 |
| 2       | <b>ASSINALAR SOBRE O DIAGNÓSTICO:</b><br><input type="checkbox"/> 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       | <b>SOBRE O MONITORAMENTO DO USO DA INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA E INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO PROLONGADA, INFORMAR:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Foi realizado acompanhamento médico regular? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</li><li>Foi realizada a automonitorização da glicemia capilar? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |                         |         |        |  |       |       |                 |
| 4       | <b>ASSINALAR PELO MENOS UM DOS CRITÉRIOS ABAIXO, CONFORME CRITÉRIOS DE MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO DO PCDT VIGENTE:</b><br><input type="checkbox"/> Paciente atingiu as metas de controle glicêmico, conforme o quadro abaixo ( <b>ANEXAR</b> resultado de HbA1c - validade 3 meses). <table border="1" data-bbox="341 1016 1329 1111"><tr><td>HbA1c %</td><td>Crianças e adolescentes</td><td>Adultos</td><td>Idosos</td></tr><tr><td></td><td>&lt; 7,5</td><td>&lt; 7,0</td><td>Entre 7,5 e 8,5</td></tr></table><br><input type="checkbox"/> 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).<br><input type="checkbox"/> Paciente apresenta melhora dos episódios de hipoglicemia com o uso do medicamento. Caso assinalado este critério, <b>ANEXAR</b> registro de glicosímetros ou meios gráficos disponíveis.<br><input type="checkbox"/> Paciente apresentou/apresenta condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas, não persistente por mais de seis meses. Detalhar:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ | HbA1c % | Crianças e adolescentes | Adultos | Idosos |  | < 7,5 | < 7,0 | Entre 7,5 e 8,5 |
| HbA1c % | Crianças e adolescentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Adultos | Idosos                  |         |        |  |       |       |                 |
|         | < 7,5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | < 7,0   | Entre 7,5 e 8,5         |         |        |  |       |       |                 |
| 5       | <b>JUSTIFICATIVA PARA AJUSTE DE DOSE:</b><br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |                         |         |        |  |       |       |                 |
| 6       | <b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b><br>Data de preenchimento: ____ / ____ / ____<br>Assinatura e carimbo: _____<br>Médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |                         |         |        |  |       |       |                 |



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*<br>kg                      |        |                          |        |        |        |
| 4- Nome da Mãe do Paciente*                                                                                                                                                                                                                           |  | 6- Altura do paciente*<br>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?*                                                                                                                                                                             |  |                                                 |        |                          |        |        |        |
| 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                                                                                           |  |                                                 |        |                          |        |        |        |
| 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*                                                                                                                                    |  | 20- Telefone(s) para contato do paciente          |  |
| <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela<br><input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____<br><input type="checkbox"/> Parda |  |                                                   |  |
| 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

| 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:<br>_____ / _____ / _____                                                                                                                                                                     |                                             |
| NÚMERO DO PROCESSO SEI:<br><br>(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:                                                                                                                                                                                                                      |                                             |
| _____<br>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.<br><br>_____<br>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 |   |   |                       |