



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)

MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS

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: Miopatias Inflamatórias	<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: Miopatias Inflamatórias

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

Apresentar 2 dos 3 exames seguintes:

- Laudo de Biópsia Muscular (Último exame realizado)
- Eletromiografia dos 4 membros (Último exame realizado)
- Creatinofosfoquinase (CPK) ou Aldolase ou Desidrogenase Lática (DHL) ou TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

Para Ciclosporina

- Creatinina Sérica (Validade 3 meses)

Para Metotrexato

- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses)
- Creatinina Sérica (Validade 3 meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)

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

Para Ciclosporina

- Creatinina Sérica (Validade 3 meses)

Para Metotrexato

- Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses)
- Creatinina Sérica (Validade 3 meses)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																														
2	INFORMAR CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____																														
3	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO: Preencher um dos critérios diagnósticos a seguir (Bohan-Peter ou EULAR/ACR 2017). 3.1 Bohan-Peter – Assinalar caso presente os critérios abaixo: <table border="1" style="width: 100%;"><thead><tr><th style="width: 10%;"></th><th style="width: 40%;">Critério</th><th style="width: 50%;">Descrição</th></tr></thead><tbody><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>1. Fraqueza muscular proximal simétrica</td><td>Progride ao longo de semanas a meses com ou sem disfagia ou fraqueza diafragmática</td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>2. Elevação dos níveis de enzimas musculares esqueléticas</td><td>CPK, AST/TGO, ALT/TGP, aldolase e/ou DHL</td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>3. Eletromiografia anormal</td><td>Potenciais de unidade motora polifásico, curto e pequeno; potencial de fibrilação; ondas agudas positivas; aumento da irritabilidade de inserção e descargas repetitivas de alta frequência</td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>4. Biópsia muscular anormal</td><td>Presença de degeneração, regeneração, necrose e infiltrados mononucleares</td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>5. Erupção cutânea típica da dermatomiosite</td><td>Erupção de heliotrópica ou sinal/pápulas de Gottron</td></tr></tbody></table> 3.2 Critérios EULAR/ACR 2017 – Assinalar pontuação para cada variável e informar resultado total e probabilidade calculada: <table border="1" style="width: 100%;"><thead><tr><th style="width: 60%;">Variável</th><th style="width: 20%;">Pontos (sem biópsia muscular)</th><th style="width: 20%;">Pontos (com biópsia muscular)</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="3">1. Idade de início (Considerar 0 (zero) caso não se aplique ao paciente em avaliação)</td></tr><tr><td>Idade de início do primeiro sintoma relacionado à doença entre 18 e menos de 40 anos</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1,3</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1,5</td></tr><tr><td>Idade de início do primeiro sintoma que se supõe estar relacionado à doença igual ou maior que 40 anos</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2,1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2,2</td></tr></tbody></table>		Critério	Descrição	<input type="checkbox"/>	1. Fraqueza muscular proximal simétrica	Progride ao longo de semanas a meses com ou sem disfagia ou fraqueza diafragmática	<input type="checkbox"/>	2. Elevação dos níveis de enzimas musculares esqueléticas	CPK, AST/TGO, ALT/TGP, aldolase e/ou DHL	<input type="checkbox"/>	3. Eletromiografia anormal	Potenciais de unidade motora polifásico, curto e pequeno; potencial de fibrilação; ondas agudas positivas; aumento da irritabilidade de inserção e descargas repetitivas de alta frequência	<input type="checkbox"/>	4. Biópsia muscular anormal	Presença de degeneração, regeneração, necrose e infiltrados mononucleares	<input type="checkbox"/>	5. Erupção cutânea típica da dermatomiosite	Erupção de heliotrópica ou sinal/pápulas de Gottron	Variável	Pontos (sem biópsia muscular)	Pontos (com biópsia muscular)	1. Idade de início (Considerar 0 (zero) caso não se aplique ao paciente em avaliação)			Idade de início do primeiro sintoma relacionado à doença entre 18 e menos de 40 anos	<input type="checkbox"/> 1,3	<input type="checkbox"/> 1,5	Idade de início do primeiro sintoma que se supõe estar relacionado à doença igual ou maior que 40 anos	<input type="checkbox"/> 2,1	<input type="checkbox"/> 2,2
	Critério	Descrição																													
<input type="checkbox"/>	1. Fraqueza muscular proximal simétrica	Progride ao longo de semanas a meses com ou sem disfagia ou fraqueza diafragmática																													
<input type="checkbox"/>	2. Elevação dos níveis de enzimas musculares esqueléticas	CPK, AST/TGO, ALT/TGP, aldolase e/ou DHL																													
<input type="checkbox"/>	3. Eletromiografia anormal	Potenciais de unidade motora polifásico, curto e pequeno; potencial de fibrilação; ondas agudas positivas; aumento da irritabilidade de inserção e descargas repetitivas de alta frequência																													
<input type="checkbox"/>	4. Biópsia muscular anormal	Presença de degeneração, regeneração, necrose e infiltrados mononucleares																													
<input type="checkbox"/>	5. Erupção cutânea típica da dermatomiosite	Erupção de heliotrópica ou sinal/pápulas de Gottron																													
Variável	Pontos (sem biópsia muscular)	Pontos (com biópsia muscular)																													
1. Idade de início (Considerar 0 (zero) caso não se aplique ao paciente em avaliação)																															
Idade de início do primeiro sintoma relacionado à doença entre 18 e menos de 40 anos	<input type="checkbox"/> 1,3	<input type="checkbox"/> 1,5																													
Idade de início do primeiro sintoma que se supõe estar relacionado à doença igual ou maior que 40 anos	<input type="checkbox"/> 2,1	<input type="checkbox"/> 2,2																													



Variável	Pontos (sem biópsia muscular)	Pontos (com biópsia muscular)
2. Fraqueza muscular		
Fraqueza simétrica objetiva, geralmente progressiva, predominantemente proximal nas extremidades superiores	<input type="checkbox"/> 0,7	<input type="checkbox"/> 0,7
Fraqueza simétrica objetiva, geralmente progressiva, predominantemente proximal nas extremidades inferiores	<input type="checkbox"/> 0,8	<input type="checkbox"/> 0,5
Os flexores cervicais são relativamente mais fracos que os extensores do pescoço	<input type="checkbox"/> 1,9	<input type="checkbox"/> 1,6
Nas pernas, os músculos proximais são relativamente mais fracos do que os músculos distais	<input type="checkbox"/> 0,9	<input type="checkbox"/> 1,2
3. Manifestações cutâneas		
Erupção cutânea (heliotropo)	<input type="checkbox"/> 3,1	<input type="checkbox"/> 3,2
Pápulas de Gottron	<input type="checkbox"/> 2,1	<input type="checkbox"/> 2,7
Sinal de Gottron	<input type="checkbox"/> 3,3	<input type="checkbox"/> 3,7
4. Outras manifestações		
Disfagia ou dismotilidade esofágica	<input type="checkbox"/> 0,7	<input type="checkbox"/> 0,6
5. Medições laboratoriais clínicas		
Autoanticorpo anti-Jo-1 (anti-histidil RNA transportadora sintetase) presente	<input type="checkbox"/> 3,9	<input type="checkbox"/> 3,8
Concentrações séricas elevadas de CPK ou DHL ou AST/TGO ou ALT/TGP	<input type="checkbox"/> 1,3	<input type="checkbox"/> 1,4
6. Características da biópsia muscular		
Infiltrado de células mononucleares ao redor, mas não invadindo as miofibras, na região endomisial	-	<input type="checkbox"/> 1,7
Infiltrado de células mononucleares na região perimísio e/ou perivascular	-	<input type="checkbox"/> 1,2
Atrofia perifascicular	-	<input type="checkbox"/> 1,9
Vacúolos com bordas marginadas	-	<input type="checkbox"/> 3,1
Pontuação Total: _____		
Probabilidade (min – máx) (vide https://www.imm.ki.se/biostatistics/calculators/iim/): _____		
4	TRATAMENTOS PRÉVIOS (É necessário citar MEDICAMENTO(S), DOSE, TEMPO DE USO. Detalhar recidivas, resistência ou contra-indicações). _____ _____ _____ _____ _____	



5	ESQUEMA TERAPÊUTICO COMPLETO INDICADO PARA O(A) PACIENTE. <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																																																			
6	INFORMAR SE PACIENTE APRESENTA AS CONDIÇÕES ABAIXO: <table border="1"><tr><td>Maculopatia prévia associada aos antimaláricos</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Sensibilidade a mercaptopurina</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Mulher em idade fértil sem uso de contraceptivo</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Gestante</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Lactante</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Deficiência seletiva de IgA</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hiperprolinemia</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insuficiência renal grave ou alteração da função renal</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insuficiência hepática grave</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Abuso de álcool</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecções graves, agudas ou crônicas (como tuberculose, HIV ou outras síndromes de imunodeficiência)</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Úlceras da cavidade oral</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Doença ulcerosa gastrointestinal ativa conhecida</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Discrasias sanguíneas preexistentes (hipoplasia da medula óssea, leucopenia, trombocitopenia ou anemia severa)</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Vacinação concomitante com vacinas vivas/de vírus atenuados</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hipertensão arterial não controlada</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Neoplasia</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Maculopatia prévia associada aos antimaláricos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Sensibilidade a mercaptopurina	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Mulher em idade fértil sem uso de contraceptivo	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Gestante	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Lactante	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Deficiência seletiva de IgA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hiperprolinemia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Insuficiência renal grave ou alteração da função renal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Insuficiência hepática grave	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Abuso de álcool	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Infecções graves, agudas ou crônicas (como tuberculose, HIV ou outras síndromes de imunodeficiência)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Úlceras da cavidade oral	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Doença ulcerosa gastrointestinal ativa conhecida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Discrasias sanguíneas preexistentes (hipoplasia da medula óssea, leucopenia, trombocitopenia ou anemia severa)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Vacinação concomitante com vacinas vivas/de vírus atenuados	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial não controlada	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Neoplasia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Maculopatia prévia associada aos antimaláricos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Sensibilidade a mercaptopurina	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Mulher em idade fértil sem uso de contraceptivo	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Gestante	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Lactante	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Deficiência seletiva de IgA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Hiperprolinemia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Insuficiência renal grave ou alteração da função renal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Insuficiência hepática grave	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Abuso de álcool	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Infecções graves, agudas ou crônicas (como tuberculose, HIV ou outras síndromes de imunodeficiência)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Úlceras da cavidade oral	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Doença ulcerosa gastrointestinal ativa conhecida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Discrasias sanguíneas preexistentes (hipoplasia da medula óssea, leucopenia, trombocitopenia ou anemia severa)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Vacinação concomitante com vacinas vivas/de vírus atenuados	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Hipertensão arterial não controlada	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Neoplasia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
7	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																																																			
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>																																																			



REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO(S) DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO PROFISSIONAL NA FARMÁCIA (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)	
UNIDADE SOLICITANTE (CAF OU MUNICÍPIO):	CAF DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO (SE HOUVER):
NOME CIVIL COMPLETO DO(A) PACIENTE SOLICITANTE:	
NOME SOCIAL COMPLETO DO(A) PACIENTE SOLICITANTE:	
CPF:	TELEFONE(S) PARA CONTATO:
MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S):	
DATA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS: _____ / _____ / _____	
NÚMERO DO PROCESSO SEI: (OBSERVAÇÃO: PARA PACIENTES JÁ CADASTRADOS NO PROGRAMA, OS NOVOS DOCUMENTOS APRESENTADOS DEVEM SER SEMPRE INSERIDOS NO PROCESSO SEI EXISTENTE, CASO REFERENTES À MESMA CONDIÇÃO CLÍNICA/CHECKLIST)	
NÚMERO DO PROCESSO SIGAF:	
OBSERVAÇÕES:	
_____ NOME LEGÍVEL DO(A) PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ABERTURA DO REQUERIMENTO DE MEDICAMENTOS DO CEAF	

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO USUÁRIO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)
Eu _____ declaro que li e concordo com todas as informações apresentadas no Termo de Adesão sobre a solicitação de medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica. _____ ASSINATURA DO(A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL



TERMO DE ADESÃO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO CEAF

Esse documento tem por objetivo registrar a entrega dos documentos para a solicitação de medicamentos e traz algumas informações úteis ao paciente

O que esse documento indica?

Que seu pedido por um medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica foi registrado.

Quais são os próximos passos?

Seus documentos serão analisados pela equipe de analistas da Secretaria de Saúde de Minas Gerais com base no definido em regras estaduais e federais (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, Portarias e Resoluções Estaduais).

Após isso, um documento será produzido com a resposta ao seu pedido, que poderá ser:

- **DEFERIDO:** não existiam erros no seu pedido e por isso ele foi aceito. Será possível iniciar o tratamento, desde que tenha disponibilidade do medicamento na farmácia.
- **DEVOLVIDO:** faltam exames, documentos ou informações no seu pedido e por isso ele precisa ser completado. É preciso que os documentos faltantes sejam entregues em até 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			