



**FARMÁCIA DE MINAS**  
**ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA SOLICITAÇÃO DE**  
**MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO**

- ✓ O Sr(a). deverá providenciar todos os itens indicados na “Relação de documentos e exames para solicitação de medicamentos”.
- ✓ Observe que alguns deles devem ser preenchidos e assinados pelo seu médico:
  - Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos (LME);
  - Prescrição médica;
  - Relatório médico e/ou Formulário Específico; e
  - Termo de Conhecimento de Risco (se houver) e/ou Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (se houver).
- ✓ De posse de todos os documentos necessários, o Sr(a). ou seu representante deve dirigir-se à Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF) de sua regional de saúde, ou à farmácia de seu município.
- ✓ A SES-MG estima um prazo médio de 30 dias para avaliação de sua solicitação.
- ✓ Baixe o Aplicativo MG-App em seu celular e acompanhe a situação da análise de sua solicitação. Você também poderá acessar o Portal MG (<https://cidadao.mg.gov.br>).

**ATENÇÃO:** Se o Sr(a). reside em um dos municípios pertencentes à Regional de Saúde de Belo Horizonte, deverá agendar o atendimento via internet para protocolar sua solicitação de medicamentos.

**Acesse o Aplicativo MG App → Saúde → Solicitar  
Medicamentos → Agendar abertura de solicitação de  
medicamento especializado (Regional de BH)**

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



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

### DOENÇA DE PARKINSON

**Medicamento com restrição de idade:**

**Rivastigmina** - Idade mínima: 18 anos

#### DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- ☐ Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto)
- ☐ Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- ☐ Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- ☐ Cópia do Comprovante de Residência

#### DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

→ SOLICITAÇÃO INICIAL	→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)	→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> <b>Prescrição Médica</b> <input type="checkbox"/> <b>Formulário Específico:</b> Doença de Parkinson	<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> <b>Prescrição Médica</b>	<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> <b>Prescrição Médica</b> <input type="checkbox"/> <b>Formulário Específico:</b> Doença de Parkinson

#### EXAMES

##### → SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

Não se aplica

##### → SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

###### Para Clozapina

- ☐ Hemograma com Plaquetas (Validade 1 mês)

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

###### Para Clozapina

- ☐ Hemograma com Plaquetas (Validade 1 mês)

#### OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Para Amantadina, Clozapina, Entacapona, Pramipexol, Rasagilina, Rivastigmina: Necessário apresentar Receita de Controle Especial (branca) a cada dispensação.

Para Triexifenidil: Necessário apresentar Notificação de receita 'B' (azul) a cada dispensação.

**DATA:**

**LOCAL:**

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





## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOENÇA DE PARKINSON

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____																																																									
2	<b>INFORMAR A DATA DO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE PARKINSON:</b> ____ / ____ / ____																																																									
3	<p><b>PACIENTE APRESENTA ALGUM DOS SINAIS, SINTOMAS OU CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DESCRITAS ABAIXO? (MARCAR SIM OU NÃO PARA CADA SINTOMA):</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CRITÉRIO DIAGNÓSTICO</b></p> <table border="1"><tr><td>Bradicinesia</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Rigidez ou tremor de repouso</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table> <p style="text-align: center;"><b>CRITÉRIOS DE SUPORTE</b></p> <table border="1"><tr><td>Resposta dramática à terapia dopaminérgica</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Presença de discinesias induzidas pela levodopa</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Tremor de repouso em membros</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Presença de perda olfatória ou denervação simpática cardíaca por cintilografia</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table> <p style="text-align: center;"><b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b></p> <table border="1"><tr><td>Anormalidade cerebelar inequívoca</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Paralisia supranuclear no olhar vertical para baixo ou lentificação das sácades verticais para baixo</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Diagnóstico de provável demência frontotemporal, variante comportamental ou afasia primária progressiva, de acordo com os critérios atuais, dentro dos primeiros 5 anos da síndrome parkinsoniana</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Sintomas parkinsonianos restritos aos membros inferiores por mais de 3 anos</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Tratamento com medicamentos bloqueadores dopaminérgicos ou agentes depletos de dopamina em doses e por tempo suficiente para causar parkinsonismo induzido por medicamento</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Ausência de resposta observável a altas doses de levodopa em pacientes com sintomas parkinsonianos pelo menos moderado</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Perda sensorial cortical inequívoca (ou seja, grafestesia, estereognosia com modalidades sensoriais primárias intactas), apraxia ideomotora de membro ou afasia</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Neuroimagem funcional normal do sistema dopaminérgico pré-sináptico</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Documentação de uma condição alternativa conhecida por produzir parkinsonismo e plausivelmente ligada aos sintomas do paciente ou avaliação de especialista sugerindo que uma síndrome alternativa é mais provável do que a DP</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table> <p style="text-align: center;"><b>SINAIS DE ALERTA (RED FLAGS)</b></p> <table border="1"><tr><td>Rápida progressão do comprometimento da marcha exigindo uso regular de cadeira de rodas dentro de 5 anos após o início dos sintomas</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Ausência completa de progressão dos sintomas ou sinais motores ao longo de 5 ou mais anos, a menos que a estabilidade esteja relacionada ao tratamento</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Disfunção bulbar precoce: disfonia grave ou disartria (fala ininteligível na maioria das vezes) ou disfagia grave (necessita de alimentos moles, uso de sonda nasogástrica ou alimentação por gastrostomia) nos primeiros 5 anos</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Disfunção respiratória inspiratória: estridor inspiratório diurno ou noturno ou suspiros inspiratórios frequentes</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table>	Bradicinesia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Rigidez ou tremor de repouso	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Resposta dramática à terapia dopaminérgica	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Presença de discinesias induzidas pela levodopa	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Tremor de repouso em membros	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Presença de perda olfatória ou denervação simpática cardíaca por cintilografia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Anormalidade cerebelar inequívoca	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Paralisia supranuclear no olhar vertical para baixo ou lentificação das sácades verticais para baixo	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Diagnóstico de provável demência frontotemporal, variante comportamental ou afasia primária progressiva, de acordo com os critérios atuais, dentro dos primeiros 5 anos da síndrome parkinsoniana	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Sintomas parkinsonianos restritos aos membros inferiores por mais de 3 anos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Tratamento com medicamentos bloqueadores dopaminérgicos ou agentes depletos de dopamina em doses e por tempo suficiente para causar parkinsonismo induzido por medicamento	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Ausência de resposta observável a altas doses de levodopa em pacientes com sintomas parkinsonianos pelo menos moderado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Perda sensorial cortical inequívoca (ou seja, grafestesia, estereognosia com modalidades sensoriais primárias intactas), apraxia ideomotora de membro ou afasia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Neuroimagem funcional normal do sistema dopaminérgico pré-sináptico	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Documentação de uma condição alternativa conhecida por produzir parkinsonismo e plausivelmente ligada aos sintomas do paciente ou avaliação de especialista sugerindo que uma síndrome alternativa é mais provável do que a DP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Rápida progressão do comprometimento da marcha exigindo uso regular de cadeira de rodas dentro de 5 anos após o início dos sintomas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Ausência completa de progressão dos sintomas ou sinais motores ao longo de 5 ou mais anos, a menos que a estabilidade esteja relacionada ao tratamento	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Disfunção bulbar precoce: disfonia grave ou disartria (fala ininteligível na maioria das vezes) ou disfagia grave (necessita de alimentos moles, uso de sonda nasogástrica ou alimentação por gastrostomia) nos primeiros 5 anos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Disfunção respiratória inspiratória: estridor inspiratório diurno ou noturno ou suspiros inspiratórios frequentes	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Bradicinesia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Rigidez ou tremor de repouso	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Resposta dramática à terapia dopaminérgica	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Presença de discinesias induzidas pela levodopa	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Tremor de repouso em membros	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Presença de perda olfatória ou denervação simpática cardíaca por cintilografia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Anormalidade cerebelar inequívoca	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Paralisia supranuclear no olhar vertical para baixo ou lentificação das sácades verticais para baixo	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Diagnóstico de provável demência frontotemporal, variante comportamental ou afasia primária progressiva, de acordo com os critérios atuais, dentro dos primeiros 5 anos da síndrome parkinsoniana	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Sintomas parkinsonianos restritos aos membros inferiores por mais de 3 anos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Tratamento com medicamentos bloqueadores dopaminérgicos ou agentes depletos de dopamina em doses e por tempo suficiente para causar parkinsonismo induzido por medicamento	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Ausência de resposta observável a altas doses de levodopa em pacientes com sintomas parkinsonianos pelo menos moderado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Perda sensorial cortical inequívoca (ou seja, grafestesia, estereognosia com modalidades sensoriais primárias intactas), apraxia ideomotora de membro ou afasia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Neuroimagem funcional normal do sistema dopaminérgico pré-sináptico	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Documentação de uma condição alternativa conhecida por produzir parkinsonismo e plausivelmente ligada aos sintomas do paciente ou avaliação de especialista sugerindo que uma síndrome alternativa é mais provável do que a DP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Rápida progressão do comprometimento da marcha exigindo uso regular de cadeira de rodas dentro de 5 anos após o início dos sintomas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Ausência completa de progressão dos sintomas ou sinais motores ao longo de 5 ou mais anos, a menos que a estabilidade esteja relacionada ao tratamento	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Disfunção bulbar precoce: disfonia grave ou disartria (fala ininteligível na maioria das vezes) ou disfagia grave (necessita de alimentos moles, uso de sonda nasogástrica ou alimentação por gastrostomia) nos primeiros 5 anos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Disfunção respiratória inspiratória: estridor inspiratório diurno ou noturno ou suspiros inspiratórios frequentes	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								



	<table border="1"><tr><td>Insuficiência autonômica grave nos primeiros 5 anos de doença, que pode incluir hipotensão ortostática (i.e., diminuição ortostática da pressão arterial dentro de 3 minutos em pé por pelo menos 30 mm Hg sistólica ou 15 mm Hg diastólica, na ausência de desidratação, uso de medicamentos ou outras doenças que possam explicar de forma plausível a disfunção autonômica) ou retenção urinária grave ou incontinência urinária nos primeiros 5 anos de doença (excluindo incontinência de esforço de longa duração ou pequena quantidade em mulheres), que não é simplesmente incontinência funcional. Nos homens, a retenção urinária não deve ser atribuída à doença da próstata e deve estar associada à disfunção erétil</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Quedas recorrentes (mais de 1 por ano) devido ao equilíbrio prejudicado dentro de 3 anos do início</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Anterocolo desproporcional (distônico) ou contraturas de mãos ou pés nos primeiros 10 anos</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Ausência de qualquer uma das características não motoras comuns da doença, apesar de 5 anos de duração da doença. Estes incluem disfunção do sono (insônia de manutenção do sono, sonolência diurna excessiva, sintomas de distúrbio comportamental do sono REM), disfunção autonômica (constipação, urgência urinária diurna, hipotensão ortostática), hiposmia ou disfunção psiquiátrica (depressão, ansiedade ou alucinações)</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Sinais do trato piramidal inexplicáveis, definidos como fraqueza piramidal ou hiperreflexia patológica clara (excluindo assimetria reflexa leve e resposta plantar extensora isolada)</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Parkinsonismo simétrico bilateral</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table>	Insuficiência autonômica grave nos primeiros 5 anos de doença, que pode incluir hipotensão ortostática (i.e., diminuição ortostática da pressão arterial dentro de 3 minutos em pé por pelo menos 30 mm Hg sistólica ou 15 mm Hg diastólica, na ausência de desidratação, uso de medicamentos ou outras doenças que possam explicar de forma plausível a disfunção autonômica) ou retenção urinária grave ou incontinência urinária nos primeiros 5 anos de doença (excluindo incontinência de esforço de longa duração ou pequena quantidade em mulheres), que não é simplesmente incontinência funcional. Nos homens, a retenção urinária não deve ser atribuída à doença da próstata e deve estar associada à disfunção erétil	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quedas recorrentes (mais de 1 por ano) devido ao equilíbrio prejudicado dentro de 3 anos do início	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Anterocolo desproporcional (distônico) ou contraturas de mãos ou pés nos primeiros 10 anos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Ausência de qualquer uma das características não motoras comuns da doença, apesar de 5 anos de duração da doença. Estes incluem disfunção do sono (insônia de manutenção do sono, sonolência diurna excessiva, sintomas de distúrbio comportamental do sono REM), disfunção autonômica (constipação, urgência urinária diurna, hipotensão ortostática), hiposmia ou disfunção psiquiátrica (depressão, ansiedade ou alucinações)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Sinais do trato piramidal inexplicáveis, definidos como fraqueza piramidal ou hiperreflexia patológica clara (excluindo assimetria reflexa leve e resposta plantar extensora isolada)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Parkinsonismo simétrico bilateral	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Insuficiência autonômica grave nos primeiros 5 anos de doença, que pode incluir hipotensão ortostática (i.e., diminuição ortostática da pressão arterial dentro de 3 minutos em pé por pelo menos 30 mm Hg sistólica ou 15 mm Hg diastólica, na ausência de desidratação, uso de medicamentos ou outras doenças que possam explicar de forma plausível a disfunção autonômica) ou retenção urinária grave ou incontinência urinária nos primeiros 5 anos de doença (excluindo incontinência de esforço de longa duração ou pequena quantidade em mulheres), que não é simplesmente incontinência funcional. Nos homens, a retenção urinária não deve ser atribuída à doença da próstata e deve estar associada à disfunção erétil	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Quedas recorrentes (mais de 1 por ano) devido ao equilíbrio prejudicado dentro de 3 anos do início	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Anterocolo desproporcional (distônico) ou contraturas de mãos ou pés nos primeiros 10 anos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Ausência de qualquer uma das características não motoras comuns da doença, apesar de 5 anos de duração da doença. Estes incluem disfunção do sono (insônia de manutenção do sono, sonolência diurna excessiva, sintomas de distúrbio comportamental do sono REM), disfunção autonômica (constipação, urgência urinária diurna, hipotensão ortostática), hiposmia ou disfunção psiquiátrica (depressão, ansiedade ou alucinações)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Sinais do trato piramidal inexplicáveis, definidos como fraqueza piramidal ou hiperreflexia patológica clara (excluindo assimetria reflexa leve e resposta plantar extensora isolada)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Parkinsonismo simétrico bilateral	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
4	<p><b>PARA SOLICITAÇÃO DE RIVASTIGMINA, INFORMAR:</b></p> <p>Data de início dos sintomas de demência: ____ / ____ / ____</p> <table border="1"><tr><td>Escore anormal no miniexame do estado mental (MEEM) (notas de corte sugeridas para a população brasileira segundo seus níveis de escolaridade)</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Comprometimento das atividades de vida diária pela perda cognitiva</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Ausência de depressão maior</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Ausência de delírio</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Ausência de outras condições clínicas que justifiquem a perda cognitiva</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table>	Escore anormal no miniexame do estado mental (MEEM) (notas de corte sugeridas para a população brasileira segundo seus níveis de escolaridade)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Comprometimento das atividades de vida diária pela perda cognitiva	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Ausência de depressão maior	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Ausência de delírio	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Ausência de outras condições clínicas que justifiquem a perda cognitiva	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Escore anormal no miniexame do estado mental (MEEM) (notas de corte sugeridas para a população brasileira segundo seus níveis de escolaridade)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Comprometimento das atividades de vida diária pela perda cognitiva	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Ausência de depressão maior	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Ausência de delírio	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Ausência de outras condições clínicas que justifiquem a perda cognitiva	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
5	<p><b>TRATAMENTO PRÉVIO:</b> Descrição detalhada de todos os medicamentos já utilizados, informando: intolerância, falha terapêutica, contraindicações, períodos de utilização, associações utilizadas e motivos das trocas dos medicamentos.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																		
6	<p><b>TRATAMENTO ATUAL:</b> Descrição dos medicamentos que estão sendo utilizados atualmente, assim como associações utilizadas, esquemas de administração e tratamento para todas as condições de saúde do paciente.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																		



7	<b>JUSTIFICAR O USO DO MEDICAMENTO SOLICITADO:</b> Justificativa clínica detalhada para uso do(s) medicamento(s) solicitado(s) e eventuais associações.  <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
8	<b>ASSINALAR CASO O PACIENTE APRESENTE ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:</b>  <input type="checkbox"/> Transtornos hematopoiéticos, incluindo antecedentes de granulocitopenia/agranulocitose tóxica ou idiossincrática e leucopenia (leucócitos < 3.500 células/mm <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Psicoses alcoólicas e tóxicas ou intoxicação por drogas <input type="checkbox"/> Afecções comatosas <input type="checkbox"/> Colapso circulatório e/ou depressão do sistema nervoso central (SNC) de qualquer origem <input type="checkbox"/> Transtornos renais graves <input type="checkbox"/> Hepatopatia ativa ou progressiva, incluindo insuficiência hepática grave, disfunção hepática, náusea, anorexia ou icterícia associadas <input type="checkbox"/> Transtornos cardíacos graves <input type="checkbox"/> Íleo paralítico <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Úlcera gástrica ou duodenal <input type="checkbox"/> Feocromocitoma <input type="checkbox"/> História de síndrome neuroléptica maligna ou rabdomiólise não traumática <input type="checkbox"/> Uso concomitante de inibidores da monoaminoxidase (IMAO), incluindo os não seletivos e combinação de inibidor seletivo de MAO-A + MAO-B <input type="checkbox"/> Uso de fluoxetina, fluvoxamina, Hypericum perforatum <input type="checkbox"/> Uso de analgésicos narcóticos <input type="checkbox"/> Uso de ciclobenzaprina <input type="checkbox"/> Hipersensibilidade a derivados do carbamato <input type="checkbox"/> Histórico de reações no local de aplicação sugestivas de dermatite alérgica de contato com o sistema transdérmico de rivastigmina
9	<b>OUTRAS INFORMAÇÕES:</b>  <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
10	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b>  Data de preenchimento: ____ / ____ / ____  Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde

## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

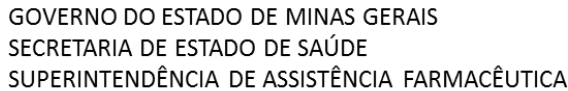
### LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

#### 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?*							
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*: <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*		20- Telefone(s) para contato do paciente					
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <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



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	

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 ADEÇÃO 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			