



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"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Doença de Parkinson	<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: 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	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	INFORMAR A DATA DO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE PARKINSON: _____ / _____ / _____
3	PACIENTE APRESENTA ALGUM DOS SINAIS, SINTOMAS OU CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DESCritAS ABAIXO? (MARCAR SIM OU NÃO PARA CADA SINTOMA):
CRITÉRIO DIAGNÓSTICO	
Bradicinesia <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Rigidez ou tremor de repouso <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
CRITÉRIOS DE SUPORTE	
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	
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	
Anormalidade cerebelar inequívoca <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Paralisia supranuclear no olhar vertical para baixo ou lentificação das sáades 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 depletores 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	
SINAIS DE ALERTA (RED FLAGS)	
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	



	<p>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</p> <p>Quedas recorrentes (mais de 1 por ano) devido ao equilíbrio prejudicado dentro de 3 anos do início</p> <p>Anterocolo desproporcional (distônico) ou contraturas de mãos ou pés nos primeiros 10 anos</p> <p>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)</p> <p>Sinais do trato piramidal inexplicáveis, definidos como fraqueza piramidal ou hiperreflexia patológica clara (excluindo assimetria reflexa leve e resposta plantar extensora isolada)</p> <p>Parkinsonismo simétrico bilateral</p>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4	<p>PARA SOLICITAÇÃO DE RIVASTIGMINA, INFORMAR:</p> <p>Data de início dos sintomas de demência: _____ / _____ / _____</p> <p>Escore anormal no miniexame do estado mental (MEEM) (notas de corte sugeridas para a população brasileira segundo seus níveis de escolaridade)</p> <p>Comprometimento das atividades de vida diária pela perda cognitiva</p> <p>Ausência de depressão maior</p> <p>Ausência de delírio</p> <p>Ausência de outras condições clínicas que justifiquem a perda cognitiva</p>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5	<p>TRATAMENTO PRÉVIO: 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> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
6	<p>TRATAMENTO ATUAL: 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> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	



7	<p>JUSTIFICAR O USO DO MEDICAMENTO SOLICITADO: Justificativa clínica detalhada para uso do(s) medicamento(s) solicitado(s) e eventuais associações.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
8	<p>ASSINALAR CASO O PACIENTE APRESENTE ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Transtornos hematopoiéticos, incluindo antecedentes de granulocitopenia/agranulocitose tóxica ou idiossincrática e leucopenia (leucócitos < 3.500 células/mm³)<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 ictericia 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	<p>OUTRAS INFORMAÇÕES:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
10	<p>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</p> <p>Data de preenchimento: _____ / _____ / _____</p> <p>Assinatura e carimbo: _____</p> <p style="text-align: right;">Médico</p>



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*

4-Nome da Mãe do Paciente*

6-Altura do paciente*

kg cm

7- Medicamento(s)*

8- Quantidade solicitada*

1	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
2					
3					
4					
5					
6					

9- CID-10*

10- Diagnóstico

11- Anamnese*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

NÃO SIM. Relatar:

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante*

17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitação*

18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante

Outro, informar nome: _____ e CPF _____

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

20- Telefone(s) para contato do paciente

Branca
 Preta
 Parda

Amarela

Indígena. Informar Etnia: _____

21- Número do documento do paciente

CPF ou CNS

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

22- Correio eletrônico do paciente



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			