



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)

VASCULITE ASSOCIADA AOS ANTICORPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS

Medicamento com restrição de idade:

Rituximabe - 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

- ☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- ☐ **Prescrição Médica**
- ☐ **Formulário Específico:** Vasculite Associada aos Anticorpos Anti-citoplasma de Neutrófilos

→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

Não se aplica

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- ☐ Hemograma com plaquetas (Validade 3 meses)
 - ☐ TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)
 - ☐ GamaGT (Validade 3 meses)
 - ☐ Creatinina sérica (Validade 3 meses)
 - ☐ Laudo de Exame de Imagem de Áreas Acometidas (Tomografia Computadorizada) (Último exame realizado)
 - ☐ Laudo de Exame Histopatológico (Último exame realizado)
 - ☐ Prova de Mantoux (Teste Tuberculínico-PPD) ou IGRA *
- *Observação:** - Exames com resultado ≥ 5 mm/positivo ou pacientes que já se submeteram ao tratamento completo da tuberculose: (Último exame realizado)
- Exames com resultado < 5 mm/negativo, enquanto paciente estiver em tratamento: (Validade de 1 ano)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – VASCULITE ASSOCIADA AOS ANTICORPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____									
2	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____									
3	INFORMAR O DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> GPA <input type="checkbox"/> MPA <input type="checkbox"/> Vasculite renal limitada									
4	INFORMAR O CRITÉRIO APRESENTADO: <input type="checkbox"/> Diagnóstico recente de GPA ou MPA, em idade fértil e indicação para receber a terapia de indução de remissão. <input type="checkbox"/> Diagnóstico de recidiva de GPA ou MPA, ativa e grave.									
5	INFORMAR MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DO SUBTIPO DE ACORDO COM ÁREA DE ACOMETIMENTO <table border="1" style="width: 100%;"><thead><tr><th>Subtipo</th><th>Manifestações Clínicas</th><th>Subtipo</th><th>Manifestações Clínicas</th></tr></thead><tbody><tr><td>GPA</td><td><input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Seios da face <input type="checkbox"/> Cavidade oral <input type="checkbox"/> Ouvidos <input type="checkbox"/> Região subglótica <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Sistema locomotor <input type="checkbox"/> Sistêmico <input type="checkbox"/> Neurológico <input type="checkbox"/> Cutâneo <input type="checkbox"/> Cardíaco</td><td>MPA</td><td><input type="checkbox"/> Renais <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Gastrointestinais <input type="checkbox"/> Cutâneas <input type="checkbox"/> Neurológicas</td></tr></tbody></table>		Subtipo	Manifestações Clínicas	Subtipo	Manifestações Clínicas	GPA	<input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Seios da face <input type="checkbox"/> Cavidade oral <input type="checkbox"/> Ouvidos <input type="checkbox"/> Região subglótica <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Sistema locomotor <input type="checkbox"/> Sistêmico <input type="checkbox"/> Neurológico <input type="checkbox"/> Cutâneo <input type="checkbox"/> Cardíaco	MPA	<input type="checkbox"/> Renais <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Gastrointestinais <input type="checkbox"/> Cutâneas <input type="checkbox"/> Neurológicas
Subtipo	Manifestações Clínicas	Subtipo	Manifestações Clínicas							
GPA	<input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Seios da face <input type="checkbox"/> Cavidade oral <input type="checkbox"/> Ouvidos <input type="checkbox"/> Região subglótica <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Sistema locomotor <input type="checkbox"/> Sistêmico <input type="checkbox"/> Neurológico <input type="checkbox"/> Cutâneo <input type="checkbox"/> Cardíaco	MPA	<input type="checkbox"/> Renais <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Gastrointestinais <input type="checkbox"/> Cutâneas <input type="checkbox"/> Neurológicas							
6	INFORMAR A ATIVIDADE DE DOENÇA EM VASCULITES ANCA- BIRMINGHAM VASCULITIS ACTIVITY SCORE (BVAS V.3): _____									



7	INFORMAR OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS: 																											
8	INFORMAR CONDIÇÃO/ESTÁGIO DE TRATAMENTO: <table border="1"><tr><td>Paciente em idade fértil</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Paciente em recidiva da doença</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Paciente refratário ou com contraindicação ao uso de ciclofosfamida</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Paciente em idade fértil	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente em recidiva da doença	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente refratário ou com contraindicação ao uso de ciclofosfamida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																		
Paciente em idade fértil	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Paciente em recidiva da doença	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Paciente refratário ou com contraindicação ao uso de ciclofosfamida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
9	INFORMAR se o paciente apresenta alguma das condições abaixo: <table border="1"><tr><td>Tuberculose (TB ativa)</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>ILTB</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>HIV</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecção fúngica ameaçadora à vida</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecção por herpes zoster ativa</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Sífilis</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hepatite B</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hepatite C</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Tuberculose (TB ativa)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	ILTB	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	HIV	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Infecção fúngica ameaçadora à vida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Infecção por herpes zoster ativa	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Sífilis	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hepatite B	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hepatite C	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Tuberculose (TB ativa)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
ILTB	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
HIV	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Infecção fúngica ameaçadora à vida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Infecção por herpes zoster ativa	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Sífilis	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Hepatite B	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Hepatite C	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
10	ESQUEMA TERAPÊUTICO INDICADO PARA O PACIENTE: Conforme PCDT: Rituximabe 375 mg/m², IV, uma vez por semana durante 4 semanas. Peso paciente: _____ Altura paciente: _____ Posologia prescrita: _____ mg/dose																											
11	CASO NÃO TENHA SIDO POSSÍVEL REALIZAR A PROVA TUBERCULÍNICA (PT)/IGRA E/OU JÁ TENHA REALIZADO TRATAMENTO COMPLETO PARA TUBERCULOSE (TB) ATIVA OU TRATAMENTO DE INFECÇÃO LATENTE PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (ILTB), RELATAR: 																											
12	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: 																											
13	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>																											



Sistema Único de Saúde

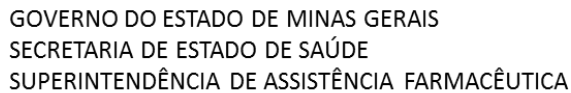
Ministério da Saúde

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* <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> kg				6- Altura do paciente* <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> cm	
4- Nome da Mãe do Paciente*							
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?*							
<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							
14- Nome do médico solicitante*						Nome do responsável	
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*				16- Data da solicitação*		17- Assinatura e carimbo do médico*	
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 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			