



**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	→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)
<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Vasculite Associada aos Anticorpos Anti-citoplasma de Neutrófilos	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 Tuberculinico-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 < 5mm/negativo, enquanto paciente estiver em tratamento: (Validade de 1 ano)

#### OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:	LOCAL:	
_____ NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA		 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde



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

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____						
2	<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:</b> _____ _____ _____ _____ _____						
3	<b>INFORMAR O DIAGNÓSTICO:</b> <input type="checkbox"/> GPA <input type="checkbox"/> MPA <input type="checkbox"/> Vasculite renal limitada						
4	<b>INFORMAR O CRITÉRIO APRESENTADO:</b> <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	<b>INFORMAR MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DO SUBTIPO DE ACORDO COM ÁREA DE ACOMETIMENTO</b> <table border="1"><thead><tr><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></tr><tr><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	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						
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	<b>INFORMAR A ATIVIDADE DE DOENÇA EM VASCULITES ANCA- BIRMINGHAM VASCULITIS ACTIVITY SCORE (BVAS V.3):</b> _____						



7	<b>INFORMAR OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS:</b>    																											
8	<b>INFORMAR CONDIÇÃO/ESTÁGIO DE TRATAMENTO:</b>  <table border="0"><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 contra-indicação 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 contra-indicação 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 contra-indicação ao uso de ciclofosfamida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
9	<b>INFORMAR</b> se o paciente apresenta alguma das condições abaixo:  <table border="0"><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	<b>ESQUEMA TERAPÊUTICO INDICADO PARA O PACIENTE:</b> <b>Conforme PCDT: Rituximabe 375 mg/m<sup>2</sup>, IV, uma vez por semana durante 4 semanas.</b> Peso paciente: _____ Altura paciente: _____ Posologia prescrita: _____ mg/dose																											
11	<b>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 TUBERCOLOSIS (ILTB), RELATAR:</b>   																											
12	<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b>   																											
13	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b>  Data de preenchimento: _____ / _____ / _____  Assinatura e carimbo: _____ 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\*

4-Nome da Mãe do Paciente\*

6-Altura 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?\*

 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 \_\_\_\_\_

- 
- Branca
- 
- 
- Preta
- 
- 
- Parda

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

Amarela

Indígena. Informar Etnia: \_\_\_\_\_

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

 CPF ou  CNS

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*



## 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](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			