



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)

OSTEOPOROSE

Medicamentos com restrição de idade:

Romosozumabe - Para pacientes do sexo feminino no período pós-menopausa; Idade mínima: 18 anos

Ácido Zoledrônico - Idade mínima: 18 anos

Raloxifeno - Para pacientes do sexo feminino no período pós-menopausa

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: Osteoporose

→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

- ☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- ☐ Prescrição Médica

→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

- ☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- ☐ Prescrição Médica
- ☐ Formulário Específico: Osteoporose

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- ☐ Cálcio sérico (Validade 3 meses)
- ☐ Creatinina sérica (Validade 3 meses)
- ☐ Laudo de exame densitométrico do fêmur proximal, coluna lombar ou terço distal do rádio (Último exame realizado) ou
- ☐ Laudo com comprovação radiológica de fratura de quadril ou de fraturas maiores (fêmur proximal, rádio distal, úmero proximal ou coluna vertebral) - Último exame realizado.

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

Para Romosozumabe

- ☐ Caso informado SIM no campo 8.1 ou 8.2 do Formulário Específico: Laudo(s) de exame(s) de imagem que comprove(m) fratura osteoporótica (Último exame realizado)
- ☐ Caso informado SIM no campo 8.3 do Formulário Específico: Laudo de exame densitométrico comparativo (Último exame realizado)

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

Para Calcitriol

- ☐ Cálcio sérico (Validade 3 meses)
- ☐ Creatinina sérica (Validade 3 meses)

Para demais medicamentos

- ☐ Cálcio sérico (Validade 3 meses)

Para Romosozumabe

- ☐ Caso informado SIM no campo 8.1 ou 8.2 do Formulário Específico: Laudo(s) de exame(s) de imagem que comprove(m) fratura osteoporótica (Último exame realizado)
- ☐ Caso informado SIM no campo 8.3 do Formulário Específico: Laudo de exame densitométrico comparativo (Último exame realizado)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – OSTEOPOROSE

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																											
2	IDADE: _____ SEXO BIOLÓGICO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F (Está na pós menopausa? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>)																											
3	HISTÓRIA CLÍNICA 3.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA DOENÇA E FATORES DE RISCO PARA FRATURAS: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 3.2 INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <table border="1"><tr><td>Doença Renal Crônica (DRC) estágios 4 ou 5</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Realiza suplementação de cálcio?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Realiza suplementação de colecalciferol (vitamina D)</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Fratura atípica de fêmur (associada ao uso de bisfosfonatos orais)</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Osteonecrose de mandíbula (associada ao uso de bisf. orais)</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Baixo risco de tromboembolismo venoso</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Uso de estrógenos</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Alto risco de câncer de mama</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Teve Infarto do Miocárdio ou AVE no último ano</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Doença Renal Crônica (DRC) estágios 4 ou 5	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Realiza suplementação de cálcio?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Realiza suplementação de colecalciferol (vitamina D)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Fratura atípica de fêmur (associada ao uso de bisfosfonatos orais)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Osteonecrose de mandíbula (associada ao uso de bisf. orais)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Baixo risco de tromboembolismo venoso	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Uso de estrógenos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Alto risco de câncer de mama	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Teve Infarto do Miocárdio ou AVE no último ano	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Doença Renal Crônica (DRC) estágios 4 ou 5	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Realiza suplementação de cálcio?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Realiza suplementação de colecalciferol (vitamina D)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Fratura atípica de fêmur (associada ao uso de bisfosfonatos orais)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Osteonecrose de mandíbula (associada ao uso de bisf. orais)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Baixo risco de tromboembolismo venoso	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Uso de estrógenos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Alto risco de câncer de mama	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Teve Infarto do Miocárdio ou AVE no último ano	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
4	SELECIONE A CATEGORIA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE FRATURA: <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Risco</th><th>Fatores</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Baixo a moderado</td><td>Todos os fatores: - Paciente sem diagnóstico de osteoporose (T-escore maior que -2,5 DP), baixo risco de fratura no FRAX® e sem fraturas prévias.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Alto</td><td>Qualquer um dos fatores: - T-escore igual ou inferior a -2,5 DP ou - T-escore entre -1,0 e -2,49 DP e alto risco de fratura no FRAX® ou fratura prévia.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Muito alto</td><td>Um ou mais dos seguintes fatores: -Fratura por fragilidade nos últimos 12 meses ou -Múltiplas fraturas ou -Fraturas durante o tratamento ou -Fraturas em uso de medicamento que altera o metabolismo ósseo ou -T-escore inferior a -3,0 DP ou -Muito alto risco de fratura no FRAX® ou -Risco de queda aumentada</td></tr></tbody></table>		Risco	Fatores	<input type="checkbox"/>	Baixo a moderado	Todos os fatores: - Paciente sem diagnóstico de osteoporose (T-escore maior que -2,5 DP), baixo risco de fratura no FRAX® e sem fraturas prévias.	<input type="checkbox"/>	Alto	Qualquer um dos fatores: - T-escore igual ou inferior a -2,5 DP ou - T-escore entre -1,0 e -2,49 DP e alto risco de fratura no FRAX® ou fratura prévia.	<input type="checkbox"/>	Muito alto	Um ou mais dos seguintes fatores: -Fratura por fragilidade nos últimos 12 meses ou -Múltiplas fraturas ou -Fraturas durante o tratamento ou -Fraturas em uso de medicamento que altera o metabolismo ósseo ou -T-escore inferior a -3,0 DP ou -Muito alto risco de fratura no FRAX® ou -Risco de queda aumentada															
	Risco	Fatores																										
<input type="checkbox"/>	Baixo a moderado	Todos os fatores: - Paciente sem diagnóstico de osteoporose (T-escore maior que -2,5 DP), baixo risco de fratura no FRAX® e sem fraturas prévias.																										
<input type="checkbox"/>	Alto	Qualquer um dos fatores: - T-escore igual ou inferior a -2,5 DP ou - T-escore entre -1,0 e -2,49 DP e alto risco de fratura no FRAX® ou fratura prévia.																										
<input type="checkbox"/>	Muito alto	Um ou mais dos seguintes fatores: -Fratura por fragilidade nos últimos 12 meses ou -Múltiplas fraturas ou -Fraturas durante o tratamento ou -Fraturas em uso de medicamento que altera o metabolismo ósseo ou -T-escore inferior a -3,0 DP ou -Muito alto risco de fratura no FRAX® ou -Risco de queda aumentada																										



5	<p>Foi avaliado risco de fratura pela ferramenta FRAX®? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>Se SIM, assinalar o resultado obtido:</p> <table border="1"><thead><tr><th>Fraturas de quadril:</th><th>Fraturas maiores:</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Baixo risco</td><td><input type="checkbox"/> Baixo risco</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Zona intermediária</td><td><input type="checkbox"/> Zona intermediária</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Alto risco</td><td><input type="checkbox"/> Alto risco</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Muito alto risco</td><td><input type="checkbox"/> Muito alto risco</td></tr></tbody></table>	Fraturas de quadril:	Fraturas maiores:	<input type="checkbox"/> Baixo risco	<input type="checkbox"/> Baixo risco	<input type="checkbox"/> Zona intermediária	<input type="checkbox"/> Zona intermediária	<input type="checkbox"/> Alto risco	<input type="checkbox"/> Alto risco	<input type="checkbox"/> Muito alto risco	<input type="checkbox"/> Muito alto risco																		
Fraturas de quadril:	Fraturas maiores:																												
<input type="checkbox"/> Baixo risco	<input type="checkbox"/> Baixo risco																												
<input type="checkbox"/> Zona intermediária	<input type="checkbox"/> Zona intermediária																												
<input type="checkbox"/> Alto risco	<input type="checkbox"/> Alto risco																												
<input type="checkbox"/> Muito alto risco	<input type="checkbox"/> Muito alto risco																												
6	<p>INFORMAR TODOS OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS E OS ATUAIS:</p> <table border="1"><thead><tr><th>Medicamento utilizado</th><th>Tempo de uso</th><th>Falha terapêutica?</th><th>Contraindicação?</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>Início: _____ Fim: _____</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td>Início: _____ Fim: _____</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td>Início: _____ Fim: _____</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td>Início: _____ Fim: _____</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td>Início: _____ Fim: _____</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td>Início: _____ Fim: _____</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Medicamento utilizado	Tempo de uso	Falha terapêutica?	Contraindicação?		Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Medicamento utilizado	Tempo de uso	Falha terapêutica?	Contraindicação?																										
	Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																										
	Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																										
	Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																										
	Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																										
	Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																										
	Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																										
7	<p>PARA SOLICITAÇÃO DE ÁCIDO ZOLEDRÔNICO:</p> <p>Paciente apresenta intolerância ou dificuldades de deglutição dos bisfosfonatos orais? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>DETALHAR (Paciente possui estenose, acalasia, DRGE importante ou outras situações clínicas que comprometam a absorção):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																												



8	PARA SOLICITAÇÃO DE ROMOSUZUMABE, INFORMAR: <hr/> <div>8.1 Paciente com 2 ou mais fraturas osteoporóticas apesar do uso dos demais medicamentos preconizados no protocolo (mínimo 1 ano de uso)? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></div> <hr/> <div>8.2 Paciente com 1 fratura osteoporótica após mínimo de tratamento de 1 ano com demais medicamentos preconizados no protocolo? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></div> <hr/> <div>8.3 Paciente com perda significativa de densidade mineral óssea (redução de mais de 5% em qualquer sítio no intervalo avaliado)? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></div> <hr/> <p>Se SIM em qualquer uma das alternativas: apresentar exames que comprovem.</p>
9	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

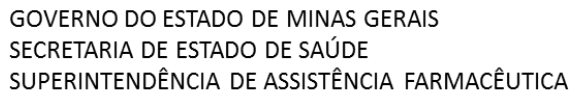
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)****SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)****CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE**

1- Número do CNES		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante					
3- Nome completo do Paciente*		5- Peso do paciente* 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?*							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar:							
13- Atestado de capacidade* <p style="font-size: small;">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?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento</div><div style="border-bottom: 1px solid black; width: 300px;"></div></div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">Nome do responsável</div>							
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* <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda</div><div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px;"></div></div>	20- Telefone(s) para contato do paciente
21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS	23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
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: <div>_____ / _____ / _____</div>	
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			