



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 ALZHEIMER

Medicamentos com restrição de idade:

Galantamina e Memantina - Idade mínima: 40 anos

Donepezila e 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)
☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ Prescrição Médica ☐ Formulário Específico: Doença de Alzheimer ☐ Mini exame do Estado Mental (MEEM) ☐ Escala CDR	☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ Prescrição Médica	☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ Prescrição Médica ☐ Formulário Específico: Doença de Alzheimer ☐ Mini exame do Estado Mental (MEEM) ☐ Escala CDR

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">☐ TSH (Validade 6 meses)☐ Vitamina B12 (Validade 6 meses)☐ Ácido Fólico (Validade 6 meses)☐ Creatinina (Validade 3 meses)☐ Clearance de Creatinina (Validade 3 meses)☐ Ureia (Validade 3 meses)☐ Cálcio (Validade 6 meses)☐ Sódio (Validade 6 meses)☐ Potássio (Validade 6 meses) | <ul style="list-style-type: none">☐ Hemograma (Validade 6 meses)☐ Glicemia (Validade 6 meses)☐ TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)☐ VDRL (Último exame realizado)☐ Laudo de Tomografia <u>ou</u> Laudo de Ressonância Magnética Encefálica (Último exame realizado)☐ HIV (Para pacientes com menos de 60 anos) (Último Exame realizado) |
|--|---|

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

Não se aplica

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

Para Galantamina

- ☐ Creatinina (Validade 3 meses)
- ☐ Ureia (Validade 3 meses)
- ☐ Clearance de Creatinina (Validade 3 meses)
- ☐ TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Necessário apresentar Receita de Controle Especial (branca) a cada dispensação.

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOENÇA DE ALZHEIMER

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	ESCOLARIDADE* (EM ANOS COMPLETOS DE ESTUDO): _____ <i>*Campo obrigatório</i>
3	HISTÓRIA CLÍNICA Data do diagnóstico: ____/____/_____ Início insidioso? SIM ☐ NÃO ☐
4	DÉFICIT COGNITIVO <u>MAIS PROEMINENTE E INICIAL:</u> ☐ Apresentação amnésica (prejuízo no aprendizado e na evocação de informações recentemente aprendidas). <u>E/OU</u> ☐ Apresentação não amnésica (prejuízos na linguagem, habilidades visuo-espaciais ou função executiva).
5	CLARA HISTÓRIA DE PERDA COGNITIVA? SIM ☐ NÃO ☐ Descrever: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
6	O DECLÍNIO COGNITIVO VEM PIORANDO PROGRESSIVAMENTE? SIM ☐ NÃO ☐
7	HOVE DECLÍNIO FUNCIONAL APÓS O INÍCIO DOS SINTOMAS COGNITIVOS? SIM ☐ NÃO ☐ Descrever: _____ _____ _____ _____ _____ _____



8	USO DE MEDICAMENTOS (DETALHAR TODOS OS MEDICAMENTOS EM USO E TEMPO DE USO, INCLUSIVE OS ANTICOLINESTERÁSICOS): 																											
9	INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS SITUAÇÕES CLÍNICAS ABAIXO ALÉM DA DOENÇA DE ALZHEIMER: ☐ Insuficiência cardíaca grave ☐ Arritmia cardíaca não controlada ☐ Etilismo recente ☐ Insuficiência hepática grave ☐ Insuficiência renal grave ☐ Demência por corpos de Lewy ☐ Demência frontotemporal ☐ História de AVC. (Data: __/__/____) ☐ Demência associada à doença de Parkinson ☐ Outros: _____																											
10	CRITÉRIOS DE DEPRESSÃO SEGUNDO DSM-V: <table border="1"><tr><td>Interesse ou prazer acentuadamente diminuído</td><td>PRESENTE ☐</td><td>AUSENTE ☐</td></tr><tr><td>Humor deprimido (sente-se triste ou vazio)</td><td>PRESENTE ☐</td><td>AUSENTE ☐</td></tr><tr><td>Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite</td><td>PRESENTE ☐</td><td>AUSENTE ☐</td></tr><tr><td>Insônia ou hipersonia</td><td>PRESENTE ☐</td><td>AUSENTE ☐</td></tr><tr><td>Agitação ou retardo psicomotor</td><td>PRESENTE ☐</td><td>AUSENTE ☐</td></tr><tr><td>Fadiga ou perda de energia</td><td>PRESENTE ☐</td><td>AUSENTE ☐</td></tr><tr><td>Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada</td><td>PRESENTE ☐</td><td>AUSENTE ☐</td></tr><tr><td>Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se</td><td>PRESENTE ☐</td><td>AUSENTE ☐</td></tr><tr><td>Pensamento recorrentes de morte, ideação suicida recorrente</td><td>PRESENTE ☐</td><td>AUSENTE ☐</td></tr></table> PONTUAÇÃO FINAL: _____	Interesse ou prazer acentuadamente diminuído	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐	Humor deprimido (sente-se triste ou vazio)	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐	Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐	Insônia ou hipersonia	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐	Agitação ou retardo psicomotor	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐	Fadiga ou perda de energia	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐	Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐	Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐	Pensamento recorrentes de morte, ideação suicida recorrente	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐
Interesse ou prazer acentuadamente diminuído	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐																										
Humor deprimido (sente-se triste ou vazio)	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐																										
Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐																										
Insônia ou hipersonia	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐																										
Agitação ou retardo psicomotor	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐																										
Fadiga ou perda de energia	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐																										
Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐																										
Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐																										
Pensamento recorrentes de morte, ideação suicida recorrente	PRESENTE ☐	AUSENTE ☐																										



11	CASO O PACIENTE PREENCHA OS CRITÉRIOS DE DEPRESSÃO, <u>DETALHAR HISTÓRICO DEPRESSIVO</u>, SINTOMATOLOGIA, TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E CRONOLOGIA EM RELAÇÃO AO COMPROMETIMENTO COGNITIVO (DECLÍNIO COGNITIVO INICIOU ANTES OU APÓS QUADRO DEPRESSIVO?).
12	OUTRAS INFORMAÇÕES (ex.: definir conduta clínica em caso de exames laboratoriais alterados, informar reposição de vitaminas, entre outros):
13	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico



MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

Nome civil do(a) paciente: _____

Nome social do(a) paciente: _____

Data da avaliação: ____/____/____

Escolaridade* (nº de anos completos de estudo): _____ *campo obrigatório

Ex: levou 10 anos para concluir a 4ª série, considera-se escolaridade de 4 anos.

ATENÇÃO: Preencher o MEEM completamente. Necessário informar o resultado de cada item!

ORIENTAÇÃO		
* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).	5	
* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou local ¹) (nº ou andar ²).	5	
REGISTRO		
* Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL . (Pedir para prestar atenção, pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até 5 vezes, para que evoque corretamente e anotar número de vezes: _____)	3	
ATENÇÃO E CÁLCULO		
* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65) Alternativo³ : série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)	5	
EVOCAÇÃO		
* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)	3	
LINGUAGEM		
* Identificar lápis e relógio de pulso (sem estar no pulso).	2	
* Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.	1	
* Seguir o comando de três estágios: “Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão”. (Falar essa frase de forma inteira e apenas uma vez).	3	
* Ler (“só com os olhos”) e executar: FECHE OS OLHOS	1	
* Escrever uma frase (um pensamento, ideia completa)	1	
* Copiar o desenho: 	1	
TOTAL:	30	
¹ Rua é usado para visitas domiciliares. Local para consultas no hospital ou outra instituição. ² Nº é usado para visitas domiciliares. Andar para consultas no hospital ou outra instituição. ³ Alternativo é usado quando o entrevistado erra JÁ na primeira tentativa, OU acerta na primeira e erra na segunda. SEMPRE que o alternativo for utilizado, o escore do item será aquele obtido com ele. Não importa se a pessoa refere ou não saber fazer cálculos – de qualquer forma se inicia o teste pedindo que faça a subtração inicial. A ordem de evocação tem que ser exatamente a da apresentação! Obs.: na forma alternativa a pontuação máxima também é de 5 pontos. A ordem de evocação tem que ser exatamente a da apresentação.		

Assinatura e carimbo do médico: _____



ESCALA CDR (CLINICAL DEMENTIA RATING)

ATENÇÃO: Preencher a escala completamente. Necessário informar o resultado de cada função além do CDR final!

FUNÇÃO	SAUDÁVEL CDR 0	DEMÊNCIA QUESTIONÁVEL CDR 0,5	DEMÊNCIA LEVE CDR 1	DEMÊNCIA MODERADA CDR 2	DEMÊNCIA GRAVE CDR 3
MEMÓRIA	Sem perda de memória, ou apenas esquecimento discreto e inconsistente.	Esquecimento leve e consistente; lembrança parcial de eventos; esquecimento benigno.	Perda de memória moderada, mais acentuada para fatos recentes; o <i>deficit</i> interfere com atividades do dia-a-dia.	Perda de memória grave; apenas material <i>muito</i> aprendido é retido; materiais novos são rapidamente perdidos.	Perda de memória grave; apenas fragmentos permanecem.
ORIENTAÇÃO	Plenamente orientado.	Plenamente orientado.	Dificuldade moderada com as relações de tempo; orientado no espaço no exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais.	Geralmente desorientado.	Orientação pessoal apenas
JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Resolve bem problemas do dia-a-dia, juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado.	Leve comprometimento na solução de problemas, semelhanças e diferenças.	Dificuldade moderada na solução de problemas, semelhanças e diferenças; julgamento social geralmente mantido.	Gravemente comprometido para solução de problemas, semelhanças e diferenças. Juízo social geralmente comprometido.	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico.
ASSUNTOS NA COMUNIDADE	Função independente na função habitual de trabalho, compras, negócios, finanças, e grupos sociais.	Leve dificuldade nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades, embora ainda possa desempenhar algumas; pode parecer normal à avaliação superficial	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece muito doente para ser levado a atividades fora de casa.
LAR E PASSATEMPO	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais mantidos	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais levemente afetados.	Comprometimento leve, mas evidente em casa; abandono das tarefas mais difíceis; passatempos e interesses mais complicados são também abandonados.	Só realiza as tarefas mais simples. Interesses muito limitados e pouco mantidos.	Sem qualquer atividade significativa em casa.
CUIDADOS PESSOAIS	Plenamente capaz.		Necessita de assistência ocasional.	Requer assistência no vestir e na higiene.	Muito auxílio nos CP. Em geral incontinente

Escore final categórico: _____

Assinatura e carimbo do médico: _____



Sistema Único de Saúde

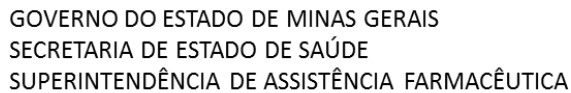
Ministério da Saúde

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* kg				6- Altura do paciente* 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?*							
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	
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*						20- Telefone(s) para contato do paciente	
☐ Branca ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: _____ ☐ Parda							
21- Número do documento do paciente						23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
21- Número do documento do paciente						23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
☐ CPF ou ☐ CNS _____							
22- Correio eletrônico do paciente							

***CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**



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)



TERMO DE PEDIDO DE ADESAO PARA SOLICITACAO DE MEDICAMENTOS DO CEAF

Esse documento tem por objetivo registrar a entrega dos documentos para a solicitacao de medicamentos e traz algumas informacoes uteis ao paciente

O que esse documento indica?

Que seu pedido por um medicamento do Componente Especializado da Assistencia Farmaceutica foi registrado.

Quais sao os proximos passos?

Seus documentos serao analisados pela equipe de analistas da Secretaria de Saude de Minas Gerais com base no definido em regras estaduais e federais (Protocolos Clinicos e Diretrizes Terapeuticas do Ministerio da Saude, Portarias e Resolucoes Estaduais).

Após isso, um documento sera produzido com a resposta ao seu pedido, que podera ser:

- DEFERIDO: não existiam erros no seu pedido e por isso ele foi aceito. Sera possivel iniciar o tratamento, desde que tenha disponibilidade do medicamento na farmacia.
- DEVOLVIDO: faltam exames, documentos ou informacoes 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 medico.

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 "Saude", depois "Consulta do Andamento da Solicitacao de Medicamentos". Então insira seus dados e selecione o medicamento que gostaria de consultar.

E em caso de duvidas?

Em caso de duvidas, acesse a pagina www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentosceaf.

Se o pedido for DEFERIDO, o que mais preciso saber?

- A cada 180 dias (6 meses) é necessario entregar novo Laudo para Solicitacao, Avaliacao e Autorizacao de medicamentos (LME) e nova receita medica para garantir a continuidade do tratamento;
- Caso o pedido pelo medicamento precise de reavaliacao periodica, é necessario entregar novas documentacoes (LME, receita medica e outros documentos) à farmacia, de tempos em tempos, para continuidade do tratamento. Caso os novos documentos não sejam entregues, o fornecimento do medicamento podera ser interrompido;
- Para medicamentos sujeitos a controle especial, sera necessario entregar nova receita medica mensalmente;
- Caso o medicamento não seja retirado por 6 meses contínuos, sem uma explicacao medica anterior a paralizacao, sera considerado que houve interrupcao ou abandono de tratamento e o pedido sera INATIVADO. Nesses casos, para conseguir novamente o medicamento, o paciente devera fazer um novo pedido;
- Caso o tratamento precise ser paralisado por questoes medicas, é necessario entregar relatório médico com o motivo da suspensao antes da proxima data de retirada do medicamento. Além disso, quando for necessario reiniciar o tratamento, sera preciso entregar nova LME e receita medica;
- Caso o paciente não possa comparecer à farmacia para retirar o medicamento, devera indicar os representantes por meio da Declaracao Autorizadora.

Todos os documentos relativos às solicitacoes de medicamento(s), uma vez feito o pedido, passam a pertencer à Secretaria Estadual de Saude. Caso necessario, o usuario/representante podera solicitar copias deles.

REGISTRO DA SOLICITACAO DE MEDICAMENTO

Nome civil do paciente:			
Nome social do paciente:			
Data da solicitacao:	/	/	Nº do Processo SIGAF:
Medicamentos solicitados:			
Observacoes:			
Assinatura do(a) profissional responsavel pelo recebimento da solicitacao			