



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)

ESCLEROSE MÚLTIPLA

Medicamentos com restrição de idade:

Fingolimode - Idade mínima: 10 anos

Alentuzumabe, Cladribina, Fumarato de Dimetila, Natalizumabe, Teriflunomida - Idade mínima: 18 anos

DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- | | |
|---|--|
| ☐ Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto) | ☐ Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) |
| ☐ Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF) | ☐ 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 OU NOVO CICLO DE TRATAMENTO COM ALENTUZUMABE OU CLADRIBINA)
☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ Prescrição Médica ☐ Formulário Específico: Esclerose Múltipla	☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ Prescrição Médica	☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ Prescrição Médica ☐ Formulário Específico: Esclerose Múltipla

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL OU REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO OU NOVO CICLO DE TRATAMENTO COM ALENTUZUMABE OU CLADRIBINA): EXAMES GERAIS

- ☐ Laudo de Ressonância Nuclear Magnética (Último exame realizado)

→ SOLICITAÇÃO INICIAL OU REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO OU NOVO CICLO DE TRATAMENTO COM ALENTUZUMABE OU CLADRIBINA): EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME NOVO MEDICAMENTO REQUERIDO

Para Betainterferonas

- ☐ Hemograma com Plaquetas (Validade 3 Meses)
- ☐ TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 Meses)
- ☐ Gama GT (Validade 3 Meses)
- ☐ Fosfatase Alcalina (Validade 3 Meses)
- ☐ Bilirrubinas (Validade 3 Meses)
- ☐ TSH (Validade 3 Meses)

Para Natalizumabe

- ☐ Hemograma com Plaquetas (Validade 3 Meses)
- ☐ TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 Meses)
- ☐ Bilirrubinas (Validade 3 Meses)
- ☐ Fosfatase Alcalina (Validade 3 Meses)
- ☐ Laudo de RX de Tórax e Prova Mantoux ou IGRA (Validade 1 ano)

Para Azatioprina

- ☐ Hemograma com Plaquetas (Validade 3 Meses)
- ☐ TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 Meses)
- ☐ Gama GT (Validade 3 Meses)
- ☐ Fosfatase Alcalina (Validade 3 Meses)
- ☐ Bilirrubinas (Validade 3 Meses)

Para Fingolimode, Fumarato de Dimetila e Teriflunomida

- ☐ Hemograma com Plaquetas (Validade 3 Meses)
- ☐ TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 Meses)
- ☐ Bilirrubinas (Validade 3 Meses)
- ☐ Fosfatase Alcalina (Validade 3 Meses)

Para Alentuzumabe (Primeira Solicitação OU Novo Ciclo de Tratamento)

- ☐ Hemograma com Plaquetas (Validade 3 Meses)
- ☐ TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 Meses)
- ☐ Creatinina Sérica (Validade 3 meses)
- ☐ TSH (Validade 3 Meses)
- ☐ Urina com contagem de células (Validade 3 Meses)
- ☐ Laudo de RX de Tórax e Prova Mantoux ou IGRA (Validade 1 ano)

Para Cladribina oral (Primeira Solicitação OU Novo Ciclo de Tratamento)

- ☐ Hemograma com Plaquetas (Validade 3 Meses)
- ☐ TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 Meses)
- ☐ Bilirrubinas (Validade 3 Meses)
- ☐ Fosfatase Alcalina (Validade 3 Meses)
- ☐ Laudo de RX de Tórax e Prova Mantoux ou IGRA (Validade 1 ano)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

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

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ESCLEROSE MÚLTIPLA

1	NOME CIVIL DO (A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO (A) PACIENTE: _____																	
2	HISTÓRIA CLÍNICA 2.1 Descrição detalhada de surtos Informar período de ocorrência Duração ≥ 24h? Sintomas/sinais Incapacitante? Resolução incompleta? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 2.2 Forma de evolução clínica ☐ Remitente-Recorrente (EM-RR) ☐ Secundariamente Progressiva (EM-SP) ☐ Primariamente Progressiva (EM-PP) ☐ Síndrome Clinicamente Isolada (Clinically Isolated Syndrome - CIS) ☐ Outra (especificar): _____ 2.3 Atividade da doença ☐ Baixa ou moderada atividade ☐ Alta atividade, conforme critérios do PCDT <i>* Nota: Para comprovação da atividade da doença, é obrigatória a apresentação do laudo de Ressonância Magnética mais recente, conforme checklist.</i> 2.4 Escore na Escala Expandida do Estudo de Incapacidade (EDSS) atual: _____																	
3	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ☐ O (a) paciente foi avaliado clinicamente e foram excluídas causas alternativas para o quadro desmielinizante, conforme critérios diagnósticos vigentes.																	
4	EXAMES COMPLEMENTARES (Anexar cópias dos resultados, caso os exames tenham sido realizados) <table border="1"><thead><tr><th>Líquor</th><th>PEV</th><th>Anticorpo anti-JCV</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐ Não realizado</td><td>☐ Não realizado</td><td>☐ Não realizado</td></tr><tr><td>☐ Bandas oligoclonais negativas</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Negativo</td></tr><tr><td>☐ Bandas oligoclonais positivas</td><td>☐ Compatível com desmielinização</td><td>☐ Positivo (índice: _____)</td></tr><tr><td>Data: ____/____/____</td><td>Data: ____/____/____</td><td>Data: ____/____/____</td></tr></tbody></table>			Líquor	PEV	Anticorpo anti-JCV	☐ Não realizado	☐ Não realizado	☐ Não realizado	☐ Bandas oligoclonais negativas	☐ Normal	☐ Negativo	☐ Bandas oligoclonais positivas	☐ Compatível com desmielinização	☐ Positivo (índice: _____)	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
Líquor	PEV	Anticorpo anti-JCV																
☐ Não realizado	☐ Não realizado	☐ Não realizado																
☐ Bandas oligoclonais negativas	☐ Normal	☐ Negativo																
☐ Bandas oligoclonais positivas	☐ Compatível com desmielinização	☐ Positivo (índice: _____)																
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____																



5	TRATAMENTOS REALIZADOS ATÉ O MOMENTO: ☐ Paciente virgem de tratamento com MMCD ☐ Tratamento anterior (informar medicamentos utilizados e tempo de uso): _____ _____ _____ Se o (a) paciente está em uso de MMCD, <u>justificar a troca do tratamento atual:</u> Informar MMCD em uso: _____ ☐ Intolerância ao medicamento. Relatar: _____ ☐ Reações adversas não controláveis. Relatar: _____ ☐ Falta de adesão ao tratamento. Relatar: _____ ☐ Falha terapêutica (<i>definida como a incidência de pelo menos 1 surto E evidência de, no mínimo, 4 novas lesões em T2 no período de 12 meses – anexar laudo de Ressonância Magnética recente</i>)
6	PARA SOLICITAÇÃO DE <u>FINGOLIMODE:</u> Informar-se o (a) paciente apresenta diabetes mellitus ou histórico de uveíte: ☐ Sim (anexar laudo ou relatório de avaliação oftalmológica pré-tratamento) ☐ Não ATENÇÃO: Pacientes com diabetes mellitus ou histórico de uveíte devem ser submetidos à avaliação oftalmológica antes do início do tratamento com fingolimode, conforme PCDT.
7	PARA SOLICITAÇÃO DE <u>FUMARATO DE DIMETILA:</u> Indicar a seguinte situação: ☐ Paciente já fez uso da apresentação de Fumarato de Dimetila 120 mg para titulação inicial
8	PARA SOLICITAÇÃO DE <u>CLADRIBINA ORAL:</u> 8.1 Informar o ciclo de tratamento solicitado: ☐ 1º ciclo (ano 1) ☐ 2º ciclo (ano 2) 8.2 Se 2º ciclo, informar data(s) e dose utilizada no 1º ciclo: _____ Observação: Conforme PCDT, a dose cumulativa recomendada da Cladribina oral é de 3,5 mg/kg de peso corporal em 2 anos, administrada como 1 ciclo de tratamento de 1,75 mg/kg por ano. Cada ciclo de tratamento consiste em 2 semanas de tratamento (4 ou 5 dias), uma no início do primeiro mês e outra no início do segundo mês do respectivo ano de tratamento. Após a conclusão dos 2 ciclos de tratamento, não são necessários tratamentos adicionais com cladribina.



9	PARA SOLICITAÇÃO DE <u>ALENTUZUMABE</u>: 9.1 Informar o ciclo de tratamento solicitado: ☐ 1º ciclo ☐ 2º ciclo ☐ 3º ciclo ☐ 4º ciclo 9.2 Se 2º ciclo ou subsequentes, informar data(s) e dose utilizada no ciclo anterior: _____ Observação: Conforme PCDT, o primeiro ciclo corresponde ao tratamento inicial [5 dias consecutivos (dose total de 60 mg)]. Os demais ciclos adicionais são de 3 dias consecutivos (dose total de 36 mg), administrados pelo menos 12 meses depois do tratamento anterior.
10	PARA SOLICITAÇÕES DE <u>ALENTUZUMABE, AZATIOPRINA, CLADRIBINA ORAL, FINGOLIMODE, FUMARATO DE DIMETILA, NATALIZUMABE E TERIFLUNOMIDA</u>: Triagem para tuberculose realizada conforme PCDT: ☐ Sem evidências de tuberculose ativa ou latente ☐ Tuberculose latente ☐ Tuberculose ativa ☐ Paciente está em tratamento (há pelo menos trinta dias) para tuberculose latente ou já completou a quimioprofilaxia para Tuberculose, devido à apresentação de exame positivo de PPD ou IGRA ATENÇÃO: Antes do início do tratamento com estes medicamentos deve ser realizado a triagem para Tuberculose, conforme PCDT. Recomenda-se o início do uso do medicamento após quatro semanas do início do tratamento de ILTB. No caso de TB ativa, à critério da equipe de saúde assistente, o início do uso pode ocorrer concomitantemente ou após quatro semanas do início do tratamento da TB ativa.
	PARA SOLICITAÇÕES DE <u>CLADRIBINA ORAL E TERIFLUNOMIDA</u>: ☐ O (a) paciente foi orientado quanto aos riscos reprodutivos relacionados ao medicamento e à necessidade de adoção de medidas contraceptivas eficazes.
12	CONTRAINDICAÇÕES ☐ O (a) paciente não apresenta contraindicações que impeçam o uso do medicamento solicitado, conforme PCDT, tendo sido considerada favorável a relação benefício-risco. ☐ O (a) paciente apresenta as seguintes contraindicações aos medicamentos previstos em linhas terapêuticas anteriores do PCDT que justificam a utilização do medicamento solicitado: _____ _____
13	OUTRAS INFORMAÇÕES: _____ _____
14	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. _____ Assinatura e carimbo do(a) médico(a) Data: ____ / ____ / ____



ESCALA DE EDSS – ESCLEROSE MÚLTIPLA

NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ DATA: _____

NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____

FUNÇÕES PIRAMIDAIS	
Normal	0
Sinais Anormais sem incapacidade	1
Incapacidade mínima	2
Discreta ou moderada paraparesia ou hemiparesia; monoparesia grave	3
Paraparesia ou hemiparesia acentuada; quadriparesia moderada ou monoplegia	4
Paraplegia, hemiplegia ou acentuada quadriparesia	5
Quadriplegia	6
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES CEREBELARES	
Normal	0
Sinais anormais sem incapacidade	1
Ataxia discreta em qualquer membro	2
Ataxia moderada de tronco ou de membros	3
Incapaz de realizar movimentos coordenados devido à ataxia	4
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES DO TRONCO CEREBRAL	
Normal	0
Somente sinais anormais	1
Nistagmo moderado ou outra incapacidade leve	2
Nistagmo grave, acentuada paresia extraocular ou incapacidade moderada de outros cranianos	3
Disartria acentuada ou outra incapacidade acentuada	4
Incapacidade de deglutir ou falar	5
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES SENSITIVAS	
Normal	0
Diminuição de sensibilidade ou estereognosia em 1-2 membros	1
Diminuição discreta de tato ou dor ou da sensibilidade posicional e/ou diminuição moderada da vibratória ou estereognosia em 1-2 membros; ou diminuição somente da vibratória em 3-4 membros	2
Diminuição moderada de tato ou dor, ou posicional e/ou perda da vibratória em 1-2 membros; ou diminuição discreta de tato ou dor e/ou diminuição moderada de toda propriocepção em 3-4 membros	3
Diminuição acentuada de tato ou dor, ou perda da propriocepção em 1-2 membros; ou diminuição moderada de tato ou dor e/ou diminuição acentuada da propriocepção em mais de 2 membros.	4
Perda da sensibilidade de 1-2 membros; ou moderada diminuição de tato ou dor e/ou perda da propriocepção na maior parte do corpo abaixo da cabeça.	5
Anestesia da cabeça para baixo	6
Desconhecido	(*)



FUNÇÕES VESICAIS	
Normal	0
Sintomas urinários sem incontinência	1
Incontinência < ou igual uma vez por semana	2
Incontinência > ou igual uma vez por semana	3
Incontinência diária ou mais que 1 vez por dia	4
Caracterização contínua	5
Grau 5 para bexiga e grau 5 para disfunção retal	6
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES INTESTINAIS	
Normal	0
Obstipação menos que diária sem incontinência	1
Obstipação diária sem incontinência	2
Incontinência < uma vez semana	3
Incontinência > uma vez semana	4
Sem controle de esfíncter retal	5
Grau 5 para bexiga e grau 5 para disfunção retal	6
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES VISUAIS	
Normal	0
Escotoma com acuidade visual (AV) igual ou melhor que 20/30	1
Pior olho com escotoma e AV de 20/30 a 20/59	2
Pior olho com grande escotoma, ou diminuição moderada dos campos, mas com AV de 20/60 a 20/99	3
Pior olho com diminuição acentuada dos campos a AV de 20/100 a 20/200; ou grau 3 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60	4
Pior olho com AV menor que 20/200; ou grau 4 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60	5
Grau 5 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60	6
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES MENTAIS	
Normal	0
Alteração apenas do humor	1
Diminuição discreta da mentação	2
Diminuição normal da mentação	3
Diminuição acentuada da mentação (moderada síndrome cerebelar crônica)	4
Demência ou grave síndrome cerebral crônica	5
Desconhecido	(*)
OUTRAS FUNÇÕES	
Nenhuma	0
Qualquer outro achado devido à EM	1
Desconhecido	(*)

Assinatura e carimbo do médico: _____



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

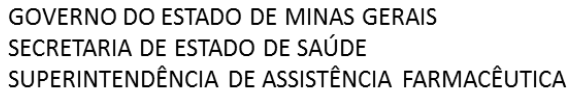
LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

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					
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?*							
☐ 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							
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*: ☐ 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* ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: _____ ☐ Parda						20- Telefone(s) para contato do paciente	
21- Número do documento do paciente ☐ CPF ou ☐ 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: _____ / _____ / _____	
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 ADEÇÃO 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			