



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)

TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA

Medicamentos com restrição de idade:

Eltrombopague - Idade mínima: 6 anos

Rituximabe - Idade mínima: 2 anos

Danazol - 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)
☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ Prescrição Médica ☐ Formulário Específico: Trombocitopenia Imune Primária	☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ Prescrição Médica	☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ Prescrição Médica ☐ Formulário Específico: Trombocitopenia Imune Primária

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- ☐ Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses)

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO**Para Eltrombopague**

- ☐ TGO/AST E TGP/ALT (Validade 3 meses)
☐ Bilirrubina (Validade 3 meses)

Para Azatioprina

- ☐ TGO/AST E TGP/ALT (Validade 3 meses)

Para Danazol

- ☐ β-HCG para mulheres em idade fértil
(Validade 15 dias)

Para Rituximabe

- ☐ 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 < 5mm/negativo, enquanto paciente estiver em tratamento: (Validade de 1 ano)

→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO): EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME NOVO MEDICAMENTO REQUERIDO**Para todos os medicamentos**

- ☐ Hemograma com Plaquetas (Validade 3 meses)

Para Eltrombopague

- ☐ TGO/AST E TGP/ALT (Validade 3 meses)
☐ Bilirrubina (Validade 3 meses)

Para Azatioprina

- ☐ TGO/AST E TGP/ALT (Validade 3 meses)

Para Danazol

- ☐ β-HCG para mulheres em idade fértil (Validade 15 dias)

Para Rituximabe

- ☐ 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 < 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





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	HISTÓRIA CLÍNICA: DETALHAR CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA (INCLUIR TEMPO DE DIAGNOSTICO, PRESENÇA DE COMORBIDADES E SANGRAMENTO): _____ _____ _____ _____
3	PARA SOLICITAÇÕES DE IMUNOGLOBULINA HUMANA INTRAVENOSA (IVIG), INDICAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: ☐ Presença de sangramento significativo, incluindo emergências, definidas como presença de sangramento intracraniano ou mucoso, com instabilidade hemodinâmica ou respiratória; ☐ Contagem de plaquetas abaixo de 30.000/mm ³ ; ☐ Contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm ³ na presença de sangramento; ☐ Contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm ³ na presença de fatores de risco para sangramento, que incluem: a) Presença de coagulopatias; b) Uso de anticoagulantes; C) Presença de doenças vasculares; D) Preparo para cirurgias e procedimentos invasivos; E) Outros fatores de risco para sangramento, como exposição ocupacional, hipertensão arterial ou epilepsia não controladas. Caso assinalado a última alternativa, especificar fator de risco para sangramento: _____ _____ _____
4	PARA SOLICITAÇÕES DE AZATIOPRINA, CICLOFOSFAMIDA OU RITUXIMABE, INDICAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: ☐ PTI persistente ou crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico) ☐ Ausência de resposta, dependência (uso crônico por mais de oito semanas) ou contraindicação aos medicamentos de primeira linha (corticoides e IVIg).
5	PARA SOLICITAÇÕES DE ELTROMBOPAGUE, INDICAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: ☐ PTI persistente ou crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico). ☐ Ausência de resposta (contagem de plaquetas abaixo de 30.000/mm ³ OU abaixo de 50.000/mm ³ na presença de sangramento ou de fatores de risco para sangramento). ☐ Contraindicação ao tratamento com ao menos um dos medicamentos a seguir: azatioprina OU ciclofosfamida OU rituximabe.
6	PARA SOLICITAÇÕES DE DANAZOL, INDICAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: ☐ PTI persistente OU crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico). ☐ Ausência de resposta (contagem de plaquetas abaixo de 30.000/mm ³ OU abaixo de 50.000/mm ³ na presença de sangramento ou de fatores de risco para sangramento). ☐ Contraindicação ao tratamento com eltrombopague.



7	PARA SOLICITAÇÕES DE AZATIOPRINA E/OU CICLOFOSFAMIDA: Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose sem tratamento (ativa ou latente): SIM ☐ NÃO ☐ Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso destes medicamentos.												
8	PACIENTE REALIZOU PROVA TUBERCULÍNICA (PPD)/IGRA? SIM ☐ NÃO ☐ Caso não tenha sido possível realizar a prova tuberculínica (PT) ou IGRA ou já tenha realizado tratamento completo para tuberculose (TB) ativa ou tratamento de infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis (ILTB), relatar: _____ _____												
9	PACIENTE FAZ USO DE OUTROS MEDICAMENTOS? SIM ☐ NÃO ☐ Se sim, quais? _____ _____												
10	INFORMAR USO PRÉVIO DE: <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>☐ Corticosteroides</td><td>☐ Ciclofosfamida</td><td>☐ Danazol</td></tr><tr><td>☐ Imunoglobulina humana</td><td>☐ Rituximabe</td><td></td></tr><tr><td>☐ Azatioprina</td><td>☐ Eltrombopague</td><td></td></tr></table>	☐ Corticosteroides	☐ Ciclofosfamida	☐ Danazol	☐ Imunoglobulina humana	☐ Rituximabe		☐ Azatioprina	☐ Eltrombopague				
☐ Corticosteroides	☐ Ciclofosfamida	☐ Danazol											
☐ Imunoglobulina humana	☐ Rituximabe												
☐ Azatioprina	☐ Eltrombopague												
11	INFORMAR SE O (A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>☐ Trombocitopenia gestacional, pré-eclâmpsia</td><td>☐ Doenças Autoimunes</td></tr><tr><td>☐ Trombocitopenia hereditária</td><td>☐ Doenças linfoproliferativas (Neoplasias)</td></tr><tr><td>☐ HIV, HCV, HBV ou mononucleose infecciosa</td><td>☐ Hipogamaglobulinemia</td></tr><tr><td>☐ Pseudoplaquetopenia (relacionada ao EDTA)</td><td>☐ Hipertensão portal, cirrose (doenças hepáticas)</td></tr><tr><td>☐ Falência de medula óssea (mielodisplasia, leucemia, outras neoplasias, doença metastática, anemia megaloblástica)</td><td>☐ Tuberculose Ativa ou ILTB</td></tr><tr><td>☐ Coagulação intravascular disseminada, sepse, microangiopatia trombótica (púrpura trombocitopênica trombótica/síndrome hemolítico-urêmica): Consumo periférico de plaquetas</td><td>☐ Eventos adversos de vacinas e medicamentos</td></tr></table>	☐ Trombocitopenia gestacional, pré-eclâmpsia	☐ Doenças Autoimunes	☐ Trombocitopenia hereditária	☐ Doenças linfoproliferativas (Neoplasias)	☐ HIV, HCV, HBV ou mononucleose infecciosa	☐ Hipogamaglobulinemia	☐ Pseudoplaquetopenia (relacionada ao EDTA)	☐ Hipertensão portal, cirrose (doenças hepáticas)	☐ Falência de medula óssea (mielodisplasia, leucemia, outras neoplasias, doença metastática, anemia megaloblástica)	☐ Tuberculose Ativa ou ILTB	☐ Coagulação intravascular disseminada, sepse, microangiopatia trombótica (púrpura trombocitopênica trombótica/síndrome hemolítico-urêmica): Consumo periférico de plaquetas	☐ Eventos adversos de vacinas e medicamentos
☐ Trombocitopenia gestacional, pré-eclâmpsia	☐ Doenças Autoimunes												
☐ Trombocitopenia hereditária	☐ Doenças linfoproliferativas (Neoplasias)												
☐ HIV, HCV, HBV ou mononucleose infecciosa	☐ Hipogamaglobulinemia												
☐ Pseudoplaquetopenia (relacionada ao EDTA)	☐ Hipertensão portal, cirrose (doenças hepáticas)												
☐ Falência de medula óssea (mielodisplasia, leucemia, outras neoplasias, doença metastática, anemia megaloblástica)	☐ Tuberculose Ativa ou ILTB												
☐ Coagulação intravascular disseminada, sepse, microangiopatia trombótica (púrpura trombocitopênica trombótica/síndrome hemolítico-urêmica): Consumo periférico de plaquetas	☐ Eventos adversos de vacinas e medicamentos												
12	OUTRAS COMORBIDADES APRESENTADAS PELO PACIENTE: _____ _____ _____												
13	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____/____/_____ Assinatura e carimbo: _____ Médico												



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

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

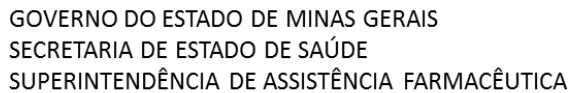
LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

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* 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 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*		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
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							
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			