



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)

COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

Medicamentos com restrição de idade:

Risperidona 1mg, 2mg e 1mg/mL - Idade mínima: 5 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

- ☐ LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- ☐ Prescrição Médica
- ☐ Formulário Específico: Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo
- ☐ Escala de Comportamento Atípico*
- ☐ Escala de Autoagressão ou Agressão*

* As escalas também podem ser aplicadas por qualquer indivíduo próximo da pessoa com TEA

→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

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

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

Não se aplica

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

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

DATA:

LOCAL:

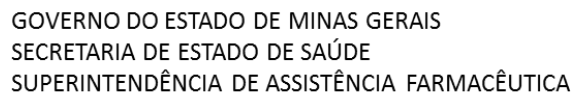
NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





**FORMULÁRIO ESPECÍFICO – COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO
TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA)**

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____ IDADE (anos): _____
2	DIAGNÓSTICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA (Informar sobre os itens abaixo e detalhar): 2.1 Prejuízos persistentes na comunicação social recíproca e na interação social? ☐ SIM ☐ NÃO Detalhe: _____ _____ _____ _____ 2.2 Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades? ☐ SIM ☐ NÃO Detalhe: _____ _____ _____ _____ 2.3 Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário? ☐ SIM ☐ NÃO Detalhe: _____ _____ _____ _____ 3 PACIENTE É ACOMPANHADO POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR? SIM ☐ NÃO ☐ Se SIM, especifique quais são os profissionais e tempo de acompanhamento: _____ _____ _____ _____ _____



4	COMPORTAMENTO AGRESSIVO GRAVE (Informar sobre os itens abaixo e detalhar): 4.1 Paciente apresenta comportamento agressivo <u>grave</u> (dirigido a si ou a terceiros)? ☐ SIM ☐ NÃO Detalhe quais são as agressões, frequência e intensidade: 4.2 Paciente apresenta baixa resposta ou adesão às intervenções não medicamentosas? ☐ SIM ☐ NÃO Detalhe os resultados observados no controle do comportamento agressivo: 4.3 Paciente está em tratamento com risperidona atualmente? ☐ SIM ☐ NÃO Detalhe os resultados observados no controle do comportamento agressivo e correlacione com a pontuação da escala de autoagressão e agressão (BPI-S).
	5
	OUTROS FATORES DESENCADEANTES DE AGRESSIVIDADE: ☐ Problemas coexistentes (distúrbios físicos), tais como dor e distúrbios gastrointestinais; ☐ Transtornos mentais, tais como ansiedade, depressão e psicose; ☐ O ambiente social, incluindo o lar, escola, família, parceiro, cuidadores e amigos além de atividades de lazer; ☐ Problemas de comunicação; ☐ Alterações em rotinas ou contextos; ☐ Mudanças do próprio desenvolvimento, incluindo a puberdade; ☐ Excesso de estímulos como luzes, barulhos, cores e pessoas; ☐ Problemas com o sono; ☐ Situações de exploração ou abuso.



6	INFORMAR SE O (A) PACIENTE APRESENTA: <table border="0"><tr><td>☐ Doença cardiovascular ou cerebrovascular;</td><td>☐ Glaucoma;</td></tr><tr><td>☐ Neoplasias;</td><td>☐ Catarata;</td></tr><tr><td>☐ Diabetes mellitus de difícil controle ou descompensada;</td><td>☐ Doença de Parkinson;</td></tr><tr><td>☐ Hepatopatia;</td><td>☐ Doença de Alzheimer;</td></tr><tr><td>☐ Insuficiência renal;</td><td>☐ Gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação;</td></tr><tr><td>☐ Doença da tireoide;</td><td>☐ Hipertensão arterial sistêmica;</td></tr><tr><td>☐ Dislipidemia;</td><td>☐ Dependência ou abuso de drogas psicoativas;</td></tr><tr><td>☐ Hiperprolactinemia;</td><td>☐ Depressão;</td></tr><tr><td>☐ História de convulsões ou epilepsia;</td><td>☐ Antecedente de tentativa de suicídio.</td></tr><tr><td>☐ Agranulocitose ou uso de drogas mielossupressoras;</td><td></td></tr></table>	☐ Doença cardiovascular ou cerebrovascular;	☐ Glaucoma;	☐ Neoplasias;	☐ Catarata;	☐ Diabetes mellitus de difícil controle ou descompensada;	☐ Doença de Parkinson;	☐ Hepatopatia;	☐ Doença de Alzheimer;	☐ Insuficiência renal;	☐ Gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação;	☐ Doença da tireoide;	☐ Hipertensão arterial sistêmica;	☐ Dislipidemia;	☐ Dependência ou abuso de drogas psicoativas;	☐ Hiperprolactinemia;	☐ Depressão;	☐ História de convulsões ou epilepsia;	☐ Antecedente de tentativa de suicídio.	☐ Agranulocitose ou uso de drogas mielossupressoras;	
☐ Doença cardiovascular ou cerebrovascular;	☐ Glaucoma;																				
☐ Neoplasias;	☐ Catarata;																				
☐ Diabetes mellitus de difícil controle ou descompensada;	☐ Doença de Parkinson;																				
☐ Hepatopatia;	☐ Doença de Alzheimer;																				
☐ Insuficiência renal;	☐ Gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação;																				
☐ Doença da tireoide;	☐ Hipertensão arterial sistêmica;																				
☐ Dislipidemia;	☐ Dependência ou abuso de drogas psicoativas;																				
☐ Hiperprolactinemia;	☐ Depressão;																				
☐ História de convulsões ou epilepsia;	☐ Antecedente de tentativa de suicídio.																				
☐ Agranulocitose ou uso de drogas mielossupressoras;																					
7	COMORBIDADES (Informe se paciente possui as seguintes comorbidades): ☐ Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade; ☐ Transtorno opositivo desafiador; ☐ Deficiência intelectual; ☐ Deficiências sensoriais. Caso indicado alguma comorbidade acima, esclareça possível relação dos comportamentos agressivos com as demais condições clínicas: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																				
8	OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____ _____																				
9	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico																				



ESCALA DE COMPORTAMENTO ATÍPICO – TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA)

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____												
2	SEXO: ☐ F ☐ M DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____												
3	NOME DO AVALIADOR: _____												
4	RELAÇÃO COM O PACIENTE (MARQUE UMA ALTERNATIVA): ☐ PAIS ☐ PROFESSOR ☐ TREINADOR/SUPERIOR Outros, especifique: _____												
5	ONDE O PACIENTE FOI OBSERVADO: ☐ CASA ☐ ESCOLA ☐ CRECHE Outros, especifique: _____												
6	CASO ESTEJA NA ESCOLA, QUAL TIPO (MARQUE UMA ALTERNATIVA): ☐ ESCOLA PARA PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS ☐ ESCOLA PARA PORTADORES DE AUTISMO ☐ ESCOLA DE INCLUSÃO ☐ ESCOLA COMUM Outros, especifique: _____												
7	GRUPO ÉTNICO: ☐ BRANCO ☐ NEGRO ☐ PARDO Outros, especifique: _____												
8	SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE: <table border="0"><tr><td>Surdez?</td><td>☐ SIM</td><td>☐ NÃO</td></tr><tr><td>Cegueira?</td><td>☐ SIM</td><td>☐ NÃO</td></tr><tr><td>Epilepsia?</td><td>☐ SIM</td><td>☐ NÃO</td></tr><tr><td>Paralisia cerebral?</td><td>☐ SIM</td><td>☐ NÃO</td></tr></table>	Surdez?	☐ SIM	☐ NÃO	Cegueira?	☐ SIM	☐ NÃO	Epilepsia?	☐ SIM	☐ NÃO	Paralisia cerebral?	☐ SIM	☐ NÃO
Surdez?	☐ SIM	☐ NÃO											
Cegueira?	☐ SIM	☐ NÃO											
Epilepsia?	☐ SIM	☐ NÃO											
Paralisia cerebral?	☐ SIM	☐ NÃO											
9	MEDICAMENTOS EM USO ATUALMENTE: <table border="1"><thead><tr><th>MEDICAMENTO</th><th>DOSAGEM</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	MEDICAMENTO	DOSAGEM										
MEDICAMENTO	DOSAGEM												
10	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____/____/____ Assinatura: _____												



ESCALA DE COMPORTAMENTO ATÍPICO – CONTINUAÇÃO

INSTRUÇÕES:

A escala de sintomas ABC comunitária foi elaborada para ser usada em pacientes que vivem em comunidade. Por isso o termo paciente é usado para se referir à pessoa que está sendo avaliada, que pode ser uma criança em idade escolar, um adolescente ou um adulto.

Pontue o comportamento do paciente em relação às quatro últimas semanas. Para cada item decida se o comportamento é um problema e circule o número apropriado:

- 0 = não é problema;
- 1 = o comportamento é um problema, mas em grau leve;
- 2 = o problema tem gravidade moderada;
- 3 = o problema é grave.

Quando estiver julgando o comportamento do paciente, tenha em mente os seguintes pontos a seguir:

- a) Considere a frequência com que cada comportamento acontece de forma relativa. Por exemplo, se um paciente em média mais acessos de fúria do que a maioria de outros pacientes que você conhece, ou do que a maioria dos seus colegas de classe, a gravidade é provavelmente moderada (2) ou grave (3), mesmo que ocorra somente uma ou duas vezes por semana. Outros comportamentos, como desobediência, provavelmente precisam ocorrer com maior frequência para merecer a pontuação máxima.
- b) Considere a opinião de outros cuidadores do paciente, caso você tenha acesso a essa informação. Se o paciente tem problemas com outros, mas não com você, tente levar em conta a situação em geral.
- c) Tente considerar se um determinado comportamento interfere no desenvolvimento, funcionamento ou relacionamento dele/dela. Por exemplo, balançar o corpo ou retraimento social podem não perturbar outras crianças ou adultos, mas certamente atrapalha o funcionamento ou desenvolvimento individual.

Não se detenha muito tempo em cada item, sua primeira impressão geralmente é a correta.

1.	<i>Excessivamente ativo(a) em casa, na escola, no trabalho ou em qualquer lugar</i>	0	1	2	3
2.	<i>Fere-se de propósito</i>	0	1	2	3
3.	<i>Indiferente, lento(a), parado(a)</i>	0	1	2	3
4.	<i>Agressivo(a) com outras crianças ou adultos (verbalmente ou fisicamente)</i>	0	1	2	3
5.	<i>Procura se isolar dos outros</i>	0	1	2	3
6.	<i>Movimentos corporais repetitivos e sem sentido</i>	0	1	2	3
7.	<i>Barulhento(a) (ruídos grosseiros e inapropriados)</i>	0	1	2	3
8.	<i>Grita inapropriadamente</i>	0	1	2	3
9.	<i>Fala excessivamente</i>	0	1	2	3
10.	<i>Crises de birra/acesso de fúria</i>	0	1	2	3
11.	<i>Comportamentos estereotipados; movimentos anormais, repetitivos</i>	0	1	2	3
12.	<i>Preocupado(a), fixa o olhar no vazio</i>	0	1	2	3
13.	<i>Impulsivo(a) (age sem pensar)</i>	0	1	2	3
14.	<i>Irritável e queixoso(a)</i>	0	1	2	3
15.	<i>Inquieto(a), incapaz de permanecer sentado(a)</i>	0	1	2	3
16.	<i>Retraído(a); prefere atividades solitárias</i>	0	1	2	3
17.	<i>Estranho, comportamento esquisito</i>	0	1	2	3
18.	<i>Desobediente; difícil de controlar</i>	0	1	2	3
19.	<i>Grita em momentos inapropriados</i>	0	1	2	3



20.	<i>Expressão facial imóvel, fixa; falta de reposta emocional</i>	0	1	2	3
21.	<i>Incomoda os outros</i>	0	1	2	3
22.	<i>Fala repetitiva</i>	0	1	2	3
23.	<i>Não faz nada a não ficar sentado(a) e olhar os outros</i>	0	1	2	3
24.	<i>Não é cooperativo</i>	0	1	2	3
25.	<i>Depressivo(a)</i>	0	1	2	3
26.	<i>Resiste a qualquer forma de contato físico</i>	0	1	2	3
27.	<i>Movimenta ou balança a cabeça para trás para frente repetidamente</i>	0	1	2	3
28.	<i>Não presta atenção às instruções</i>	0	1	2	3
29.	<i>Os pedidos têm que ser atendidos imediatamente</i>	0	1	2	3
30.	<i>Isola-se de outras crianças ou de adultos</i>	0	1	2	3
31.	<i>Tumultua as atividades em grupo</i>	0	1	2	3
32.	<i>Fica sentado(a) ou em pé na mesma posição por muito tempo</i>	0	1	2	3
33.	<i>Fala sozinho(a) em voz alta</i>	0	1	2	3
34.	<i>Chora por mínimos aborrecimentos e machucados</i>	0	1	2	3
35.	<i>Movimentos repetitivos das mãos, do corpo ou da cabeça</i>	0	1	2	3
36.	<i>O humor muda rapidamente</i>	0	1	2	3
37.	<i>Não acompanha as atividades estruturadas (não reage)</i>	0	1	2	3
38.	<i>Não permanece sentado (ex. durante as lições ou outras atividades, refeições, etc.)</i>	0	1	2	3
39.	<i>Não fica sentado(a) nem por um tempo mínimo</i>	0	1	2	3
40.	<i>Difícil alcança-lo(la), contatá-lo(la) ou chegar até ele(ela)</i>	0	1	2	3
41.	<i>Chora e grita inapropriadamente</i>	0	1	2	3
42.	<i>Prefere ficar sozinho(a)</i>	0	1	2	3
43.	<i>Não tenta se comunicar por palavras ou gestos</i>	0	1	2	3
44.	<i>Distrai-se com facilidade</i>	0	1	2	3
45.	<i>Balança ou agita as mãos ou pés repetidamente</i>	0	1	2	3
46.	<i>Repete várias vezes uma palavra ou frase</i>	0	1	2	3
47.	<i>Bate os pés, ou faz barulho estrondoso com objetos ou bate portas com força</i>	0	1	2	3
48.	<i>Constantemente corre ou pula em torno do cômodo</i>	0	1	2	3
49.	<i>Balança o corpo para trás e para frente repetidamente</i>	0	1	2	3
50.	<i>Causa machucados em si mesmo</i>	0	1	2	3
51.	<i>Não presta atenção quando falam com ele (ela)</i>	0	1	2	3
52.	<i>Pratica violência contra si próprio</i>	0	1	2	3
53.	<i>Inativo (a), nunca se move espontaneamente</i>	0	1	2	3
54.	<i>Tende a ser excessivamente ativo (a)</i>	0	1	2	3
55.	<i>Reage negativamente ao contato afetivo</i>	0	1	2	3
56.	<i>Ignora propositalmente as instruções</i>	0	1	2	3
57.	<i>Tem acesso de fúria ou birra quando contrariado</i>	0	1	2	3
58.	<i>Demonstra pouca reação social aos outros</i>	0	1	2	3



ESCALA DE AUTOAGRESSÃO E AGRESSÃO – TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA) (BEHAVIOR PROBLEMS – BPI – S)

INSTRUÇÕES:

Nas páginas seguintes você encontrará definições gerais seguidas de descrições específicas de três tipos de problemas de comportamento: comportamentos de autoagressão (itens 1-15), comportamentos estereotipados (itens 16-40) e comportamentos agressivos ou destrutivos (itens 41-52).

Por favor, indique quais comportamentos você observou a pessoa nos últimos dois meses circulando o número no quadrado adequado para indicar: (a) com que frequência o comportamento descrito geralmente ocorre (frequência) e (b) quão problemático é este comportamento (severidade).

Se o comportamento não foi observado durante os últimos dois meses, escolha “nunca” (ou seja, número “0”).

Para obter a pontuação da subescala para esses três itens, some os valores numéricos dos quadrados selecionados, separadamente para as escalas de frequência e severidade.

Comportamento de autoagressão									
<i>Definição geral: Comportamento de Automutilação (CAA) causa dano ao corpo da própria pessoa, isto é, o dano já ocorreu ou é esperado caso o comportamento não seja tratado. Os CAA ocorrem repetidamente sempre da mesma forma e são característicos daquela pessoa.</i>									
		FREQUÊNCIA					SEVERIDADE		
		Nunca	Mensal	Semanal	Diária	O tempo todo	Leve	Moder.	Grave
1	Morde a si próprio (com tal força que a marca dos dentes pode ser vista por algum tempo; vermelhidão ou corte na pele podem ocorrer).	0	1	2	3	4	1	2	3
2	Bater na cabeça com a mão ou com outra parte do corpo (por exemplo, tapas no rosto, bater com o joelho contra a testa) com ou contra objetos (por exemplo, jogar-se contra a parede, bater na cabeça com brinquedo).	0	1	2	3	4	1	2	3
3	Bater no próprio corpo (exceto cabeça) com as mãos ou outra parte do corpo (por exemplo, chutar-se, dar tapas nos braços ou coxas) com ou contra objetos (por exemplo, bater nas pernas com um bastão, socar a parede).	0	1	2	3	4	1	2	3
4	Arranhar-se (com tal força que a vermelhidão da pele seja visível, corte na pele também pode ocorrer).	0	1	2	3	4	1	2	3
5	Pica: levar a boca ou engolir objetos que não se deve por na boca ou engolir por motivo de higiene ou saúde (itens não alimentícios, tais como fezes, grama, papel, lixo, cabelo).	0	1	2	3	4	1	2	3
6	Inserir objetos em orifício do corpo (nariz, ânus, etc.).	0	1	2	3	4	1	2	3
7	Puxar o cabelo (arrancar mechas de cabelo).	0	1	2	3	4	1	2	3
8	Ranger os dentes (evidências de dentes rangidos).	0	1	2	3	4	1	2	3
Frequência total							Severidade total		



		FREQUÊNCIA					SEVERIDADE		
		Nunca	Mensal	Semanal	Diária	O tempo todo	Leve	Moder.	Grave
9	Bater em outros	0	1	2	3	4	1	2	3
10	Chutar os outros	0	1	2	3	4	1	2	3
11	Empurrar os outros	0	1	2	3	4	1	2	3
12	Morder os outros	0	1	2	3	4	1	2	3
13	Agarrar e puxar os outros	0	1	2	3	4	1	2	3
14	Arranhar os outros	0	1	2	3	4	1	2	3
15	Beliscar os outros	0	1	2	3	4	1	2	3
16	Agredir verbalmente os outros	0	1	2	3	4	1	2	3
17	Destruir as coisas (por exemplo, rasgar roupas, jogar cadeiras, quebrar mesas)	0	1	2	3	4	1	2	3
18	Ser malvado ou cruel (por exemplo, pegar brinquedos, ou comida dos outros, intimidar os outros)	0	1	2	3	4	1	2	3
		Frequência total					Severidade total		

© 2001, Johannes Rojahn

Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.

_____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura



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

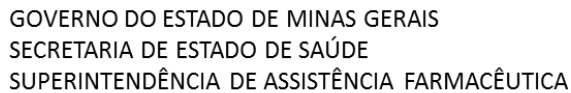
1- Número do CNES		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante					
3- Nome completo do Paciente*		5- Peso do paciente* kg					
4- Nome da Mãe do Paciente*		6- Altura do paciente* cm					
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
11- Anamnese*							
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*							
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	
☐ Branca ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: _____ ☐ Parda			
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
☐ 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			