GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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	☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF	☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
☐ **Prescrição Médica**	☐ **Prescrição Médica**	☐ **Prescrição Médica**
☐ **Formulário Específico:** Esclerose Múltipla		☐ **Formulário Específico:** Esclerose Múltipla

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

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

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

Para 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 Fingolimode, Fumarato de Dimetila e Natalizumabe
- ☐ Hemograma com Plaquetas (Validade 3 Meses)
- ☐ TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 Meses)
- ☐ Bilirrubinas (Validade 3 Meses)
- ☐ Fosfatase Alcalina (Validade 3 Meses)

Para Cladribina oral (Primeira Solicitação 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)

Para Cladribina oral (Reavaliação: 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)

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

DATA:	**LOCAL:**	
_____ NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA		

Atualizado em 07/02/2025

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ESCLEROSE MÚLTIPLA

1

NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____

NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____

2

HISTÓRIA CLÍNICA

2.1 Primeiro sintoma/sinal

Data: ___/___/_____ Sintomas e sinais: _____

2.2 Sintomas e sinais subsequentes

Data: ___/____/_____ Sintomas e sinais: _____

Data: ___/____/_____ Sintomas e sinais: _____

Data: ___/____/_____ Sintomas e sinais: _____

Data: ___/____/_____ Sintomas e sinais: _____

Data: ___/____/_____ Sintomas e sinais: _____

2.3 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): _____

2.4 Atividade da doença

☐ Baixa ou moderada atividade

☐ Alta atividade*

** Nota: Após o tratamento e controle da fase de alta atividade da doença, o paciente pode ser realocado para qualquer outra linha de tratamento da EM de atividade baixa ou moderada.*

2.5 Escore na Escala Expandida do Estudo de Incapacidade (EDSS) atual: _____

3

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Informar se o (a) paciente apresenta alguma das condições abaixo:

☐ Deficiência de vitamina B12 ☐ Infecção por HIV ☐ Neurolues

4

EXAMES COMPLEMENTARES (*Anexar cópias dos resultados, caso os exames tenham sido realizados*)

Líquor (Data: ____/____/_____) **PEV** (Data: ____/____/_____)

Resultado normal: ☐ Sim ☐ Não Resultado normal: ☐ Sim ☐ Não

Especifique: _____ Especifique: _____

_____ _____

5	**TRATAMENTOS REALIZADOS ATÉ O MOMENTO:** ☐ Pulsoterapia/Metilprednisolona ____/____/_____ ____/____/_____ ____/____/_____ ☐ Betainterferona Falha terapêutica? ☐ Sim ☐ Não Intolerância? ☐ Sim ☐ Não ☐ Glatirâmer Falha terapêutica? ☐ Sim ☐ Não Intolerância? ☐ Sim ☐ Não ☐ Teriflunomida Falha terapêutica? ☐ Sim ☐ Não Intolerância? ☐ Sim ☐ Não ☐ Fumarato de Dimetila Falha terapêutica? ☐ Sim ☐ Não Intolerância? ☐ Sim ☐ Não ☐ Fingolimode Falha terapêutica? ☐ Sim ☐ Não Intolerância? ☐ Sim ☐ Não ☐ Natalizumabe Falha terapêutica? ☐ Sim ☐ Não Intolerância? ☐ Sim ☐ Não ☐ Cladribina Falha terapêutica? ☐ Sim ☐ Não Intolerância? ☐ Sim ☐ Não
6	**PARA USO DE FINGOLIMODE:** Informar-se o (a) paciente apresenta alguma das condições abaixo: ☐ Hipertensão arterial não controlada ☐ Bloqueio atrioventricular ☐ Doença do nó sinusal ☐ Insuficiência cardíaca congestiva ☐ Histórico de parada cardíaca ☐ Apneia do sono grave não tratada ☐ Uso de betabloqueadores ou antiarrítmicos ☐ Bloqueio cardíaco sinoatrial ☐ Doença cardíaca isquêmica ☐ Histórico de infarto do miocárdio ☐ Doença cerebrovascular ☐ Uso de medicamentos que alterem o mecanismo de condução cardíaca
7	**PARA USO DE NATALIZUMABE:** Informar se o(a) paciente apresenta alguma das condições abaixo: ☐ Tratamento anterior com Natalizumabe por mais de 2 anos ☐ Uso anterior de imunossupressor ☐ Micose sistêmica nos últimos 6 meses ☐ Outra infecção oportunista nos últimos 3 meses ☐ Suspeita ou diagnóstico de Tuberculose ☐ Resultado positivo para anticorpo anti-VJC ☐ Herpes Grave nos últimos 3 meses ☐ Infecção atual ativa ☐ Neoplasia maligna ***ATENÇÃO:*** Para uso do Natalizumabe, os pacientes devem estar sem receber imunomodulador por pelo menos 45 dias ou azatioprina por 3 meses, sendo esta uma condição indispensável para sua administração.

8 **PARA USO DE CLADRIBINA ORAL:**

8.1 Paciente já utilizou este medicamento? ☐ Sim ☐ Não

Se SIM, informar data(s) e dose utilizadas: _____

_____

8.2 Informar ciclo de tratamento solicitado: _____

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.

8.3 Informar se o(a) paciente apresenta alguma das condições abaixo:

☐ Infecção crônica ativa (tuberculose ou hepatite)
☐ Infecção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV)
☐ Terapia com imunossupressores ou mielosupressores
☐ Malignidade ativa
☐ Insuficiência renal moderada ou grave (depuração da creatinina <60 mL/min)
☐ Gravidez e lactação
☐ Infecção por Herpes zoster
☐ Hipersensibilidade a substância ativa ou a qualquer um dos excipientes

9 **PARA USO DE ALENTUZUMABE:**

9.1 Paciente já utilizou este medicamento? ☐ Sim ☐ Não

Se SIM, informar data da última aplicação: _____

9.2 Informar ciclo de tratamento solicitado: _____

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.

9.3 Informar se o(a) paciente apresenta alguma das condições abaixo:

☐ Hipertensão não controlada
☐ Vírus da imunodeficiência humana (HIV)
☐ História de acidente vascular cerebral
☐ História de dissecção de artéria cervicocefálica
☐ História de angina de peito ou infarto do miocárdio
☐ Infecção ativa grave até a resolução completa da infecção
☐ Coagulopatia conhecida, em terapia antiplaquetária ou anticoagulante
☐ Hipersensibilidade a substância ativa ou a qualquer um dos excipientes

10	**PARA SOLICITAÇÕES DE CLADRIBINA ORAL, TERIFLUNOMIDA E ALENTUZUMABE:** Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose (ativa ou latente): SIM ☐ NÃO ☐ ***ATENÇÃO:*** **Antes do início do tratamento com estes medicamentos deve ser realizado a triagem para Tuberculose, conforme PCDT.**
11	**OUTRAS INFORMAÇÕES:** _____ _____ _____
12	**Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.** Data de preenchimento: _____ /_____ /_____ Assinatura e carimbo: _____ Médico

Atualizado em 15/04/2025

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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 _____ 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*

☐ 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**

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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)
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

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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