



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);
 - Receita 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 ao Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) 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.
- ✓ Acompanhe a situação da análise de sua solicitação acessando o Portal MG (<https://cidadao.mg.gov.br>), ou por meio do aplicativo MG-App em seu

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 Portal MG (<http://mg.gov.br>) → Cidadão → Agendamento online → Solicitação de Medicamento Especializado

celular.

- ✓ Em caso de dúvidas, procure o farmacêutico de sua regional ou de seu município.



**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO (S)
(PSORÍASE)**

DOCUMENTOS

- LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME)
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRA DE IDENTIDADE
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
- RECEITA MÉDICA
- FORMULÁRIO ESPECÍFICO PARA PSORÍASE
- PARA ACITRETINA: TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO E NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL SÃO DOCUMENTOS FORNECIDOS PELO MÉDICO E SERÃO EXIGIDOS SOMENTE PARA A DISPENSAÇÃO DO MEDICAMENTO.

DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR TERCEIROS:

- PARA RESPONSÁVEL DO PACIENTE INCAPAZ, DECLARADO PELO MÉDICO NO LME:**
CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E TELEFONE PARA CONTATO.
- PARA REPRESENTANTE DO PACIENTE:**
PROCURAÇÃO COM PODER OUTORGADO PELO PACIENTE, ASSINADA E REGISTRADA EM CARTÓRIO;
CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E TELEFONE PARA CONTATO.

EXAMES

- PARA TODOS OS MEDICAMENTOS SISTÊMICOS:** HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS, CREATININA, TGO, TGP, COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES, TRIGLICÉRIDES – VALIDADE 3 MESES
BETA HCG (PARA MULHERES) – VALIDADE 15 DIAS
- PARA CALCIPOTRIOL:** CÁLCIO – VALIDADE 3 MESES

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO PARA PSORÍASE

1.	NOME DO PACIENTE:			
2.	HISTÓRIA CLÍNICA 2.1 Características clínicas e evolução da doença: _____ _____ _____ _____ _____ _____			
	2.2 Gravidade da doença: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave			
	<table border="1"><tr><td>Escore PASI:</td><td>Acometimento da superfície corporal (%)</td><td>DLQI:</td></tr></table>	Escore PASI:	Acometimento da superfície corporal (%)	DLQI:
Escore PASI:	Acometimento da superfície corporal (%)	DLQI:		
	Informar se o(a) paciente apresenta alguma das condições abaixo: <input type="checkbox"/> Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas). <input type="checkbox"/> Psoríase palmo-plantar resistente a tratamentos tópicos de uso padrão, como corticosteroides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos (ácido salicílico a 5%) com uso contínuo por 3 meses. <input type="checkbox"/> Psoríase acometendo outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteroides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.			
	2.3 Tratamentos prévios (Detalhar falha terapêutica, intolerância e contraindicações): _____ _____ _____ _____			



3.	<p>Informar se o(a) paciente apresenta alguma das condições abaixo:</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Insuficiência hepática grave</td><td><input type="checkbox"/> Insuficiência renal grave</td><td><input type="checkbox"/> Anemia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hipertrigliceridemia grave</td><td><input type="checkbox"/> Etilismo</td><td><input type="checkbox"/> Tuberculose ativa</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Gestação, lactação e concepção</td><td><input type="checkbox"/> Hipoplasia medular</td><td><input type="checkbox"/> Trombocitopenia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Síndromes de imunodeficiência</td><td><input type="checkbox"/> Infecções ativas</td><td><input type="checkbox"/> Leucopenia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tratamento com fototerapia PUVA e UVB</td><td><input type="checkbox"/> Hipercalcemia</td><td><input type="checkbox"/> Acne vulgar</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Infecções do couro cabeludo</td><td><input type="checkbox"/> Dermatite perioral</td><td><input type="checkbox"/> Prurido sem inflamação</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Infecções cutâneas não tratadas</td><td><input type="checkbox"/> Rosácea</td><td><input type="checkbox"/> Prurido genital e perianal</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Artrite psoriásica</td><td><input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca congestiva classes III e IV de NYHA</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Insuficiência hepática grave	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal grave	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Hipertrigliceridemia grave	<input type="checkbox"/> Etilismo	<input type="checkbox"/> Tuberculose ativa	<input type="checkbox"/> Gestação, lactação e concepção	<input type="checkbox"/> Hipoplasia medular	<input type="checkbox"/> Trombocitopenia	<input type="checkbox"/> Síndromes de imunodeficiência	<input type="checkbox"/> Infecções ativas	<input type="checkbox"/> Leucopenia	<input type="checkbox"/> Tratamento com fototerapia PUVA e UVB	<input type="checkbox"/> Hipercalcemia	<input type="checkbox"/> Acne vulgar	<input type="checkbox"/> Infecções do couro cabeludo	<input type="checkbox"/> Dermatite perioral	<input type="checkbox"/> Prurido sem inflamação	<input type="checkbox"/> Infecções cutâneas não tratadas	<input type="checkbox"/> Rosácea	<input type="checkbox"/> Prurido genital e perianal	<input type="checkbox"/> Artrite psoriásica	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca congestiva classes III e IV de NYHA	
<input type="checkbox"/> Insuficiência hepática grave	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal grave	<input type="checkbox"/> Anemia																							
<input type="checkbox"/> Hipertrigliceridemia grave	<input type="checkbox"/> Etilismo	<input type="checkbox"/> Tuberculose ativa																							
<input type="checkbox"/> Gestação, lactação e concepção	<input type="checkbox"/> Hipoplasia medular	<input type="checkbox"/> Trombocitopenia																							
<input type="checkbox"/> Síndromes de imunodeficiência	<input type="checkbox"/> Infecções ativas	<input type="checkbox"/> Leucopenia																							
<input type="checkbox"/> Tratamento com fototerapia PUVA e UVB	<input type="checkbox"/> Hipercalcemia	<input type="checkbox"/> Acne vulgar																							
<input type="checkbox"/> Infecções do couro cabeludo	<input type="checkbox"/> Dermatite perioral	<input type="checkbox"/> Prurido sem inflamação																							
<input type="checkbox"/> Infecções cutâneas não tratadas	<input type="checkbox"/> Rosácea	<input type="checkbox"/> Prurido genital e perianal																							
<input type="checkbox"/> Artrite psoriásica	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca congestiva classes III e IV de NYHA																								
4.	<p>PARA SOLICITAÇÃO DE SECUQUINUMABE: justificar a indicação do medicamento prescrito e o motivo da não prescrição de adalimumabe.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																								
5.	<p>OUTRAS INFORMAÇÕES: _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																								
6.	<p>MEDICO SOLICITANTE: _____</p> <p>CRM: _____ DATA PREENCHIMENTO: _____</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO: _____</p> <p style="text-align: center;">Médico</p>																								

Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas



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 CINES

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente*

5- Peso do paciente*

4- Nome da Mãe do Paciente*

6- Altura 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?*

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

Sem informação

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



REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO(S) DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

NOME COMPLETO DO PACIENTE:	
CPF:	TELEFONES(S) PARA CONTATO:

Campos de informações pessoais

PREENCHIMENTO PELO MUNICÍPIO	
MUNICÍPIO:	TELEFONE PARA CONTATO:
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:	


Campos a serem preenchidos quando os documentos são entregues nas Unidades de Saúde da SMS.

PREENCHIMENTO PELA UNIDADE SOLICITANTE	
UNIDADE SOLICITANTE:	TELEFONE PARA CONTATO:
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:	

Campos a serem preenchidos pelas Unidades Regionais de Saúde (URS)/SES-MG ou estabelecimentos credenciados.

Li e concordo com todas as informações apresentadas no Termo de Adesão	
DATA:	LOCAL:
_____ ASSINATURA DO(A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL	

Campos a serem preenchidos pelo usuário.

SEI Nº:	
Nº PROTOCOLO SIGED:	URS REFERENTE AO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO USUÁRIO:
DATA NO SIGED: ____/____/____	



TERMO DE ADESÃO

Estou ciente que esta solicitação foi cadastrada no programa de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e que será emitido parecer pela equipe de analistas da SES/MG podendo ser **DEFERIDO**, **INDEFERIDO** ou **DEVOLVIDO** de acordo como os critérios estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, nas Portarias e nas Resoluções Estaduais.

Atesto ter sido esclarecido sobre os normas do programa do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, sendo:

- Para a renovação da continuidade do tratamento é obrigatório ao paciente apresentar LME e receita a cada 180 dias;
- Caso a solicitação necessite de reavaliação periódica, encaminhar a documentação necessária à farmácia para continuidade do tratamento e atendimento (LME, receita e documentos de monitoramento). Caso o paciente não a apresente, o fornecimento do medicamento poderá ser suspenso;
- Para medicamentos sujeitos a controle especial, apresentar nova receita médica mensalmente;
- Será considerada interrupção ou abandono de tratamento, quando o paciente, responsável ou representante não retirar o medicamento por 6 meses consecutivos, sem justificativa médica prévia;
- Se configurado abandono ou interrupção de tratamento, para ser inserido novamente no CEAF o paciente deverá fazer nova solicitação de medicamentos;
- Caso o tratamento tenha que ser suspenso, deve-se apresentar relatório médico com o motivo da suspensão, e ao retorno LME e receita;
- 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 protocolados, passam a pertencer à Secretaria Estadual de Saúde. Caso necessário, o usuário/representante poderá solicitar cópias dos mesmos.

Nome do paciente:	
Data do protocolo:	Nº do protocolo:
<hr/> ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO	
Medicamentos solicitados:	
Observações:	