



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)

DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO – ADULTO

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	→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)	→ MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 12 MESES)
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF<input type="checkbox"/> Prescrição Médica<input type="checkbox"/> Formulário Específico: Deficiência do Hormônio de Crescimento em Adultos - Solicitação Inicial	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF<input type="checkbox"/> Prescrição Médica	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF<input type="checkbox"/> Prescrição Médica<input type="checkbox"/> Formulário Específico: Deficiência do Hormônio de Crescimento em Adultos - Monitoramento do Tratamento

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

Comprovar deficiência prévia na Produção de GH a critério médico, caso contrário é necessário:

- Testes de Estímulo para GH: 1 Teste (Insulina, Clonidina, Levodopa ou Glucagon) (Validade 6 meses)
- Laudo de Ressonância Nuclear Magnética de Sela Túrcica e Região Hipotalâmica (Último exame realizado)
- IGF-1 (Validade 6 meses)
- Glicose (Validade 6 meses)
- TSH (Validade 6 meses)
- T4 Livre (Validade 6 meses)
- Demais exames do Eixo Hipofisário no caso de Panhipopituitarismo (Validade 6 meses)

→ MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 12 MESES)

- Colesterol Total e Frações (Validade 6 meses)
- Triglicérides (Validade 6 meses)
- Glicemia em jejum (Validade 6 meses)
- IGF-1 (Validade 6 meses)
- Densitometria óssea (Validade 6 meses)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

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

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO EM ADULTOS SOLICITAÇÃO INICIAL

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	SEXO: _____ IDADE: _____
3	DIAGNÓSTICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: Relato completo comprovando a deficiência prévia, se houver. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
4	INFORMAR TRATAMENTOS PRÉVIOS: _____ _____ _____ _____ _____
5	INDICAÇÃO DO MEDICAMENTO E TEMPO DE TRATAMENTO: _____ _____ _____ _____
6	DADOS DAS CONSULTAS ANTERIORES: IGF- 1: _____ DATA: _____ GLICOSE: _____ DATA: _____ PERFIL LIPÍDICO: _____ DATA: _____ DENSITOMETRIA: _____ DATA: _____



7	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>

Atualizado em 26/02/2021

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE PARA A APLICAÇÃO DE SOMATROPINA

O(A) paciente vai utilizar ____ UI de Somatropina ____ UI/Frasco, que equivale a ____ mL ou ____ unidades na seringa de insulina, ____ vezes por semana.

Recomendações para o cálculo do volume a ser aplicado:

Volume a ser aplicado em mL = $\frac{\text{Volume total do frasco cheio em mL} \times \text{Quantidade de UI em cada aplicação}}{\text{Quantidade de UI total do frasco}}$



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO EM ADULTOS MONITORAMENTO DO TRATAMENTO (ANUAL)

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	SEXO: _____ IDADE: _____
3	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____
4	DADOS DAS CONSULTAS ANTERIORES: IGF- 1: _____ DATA: _____ GLICOSE: _____ DATA: _____ PERFIL LIPÍDICO: _____ DATA: _____ DENSITOMETRIA: _____ DATA: _____ Tendo em vista os resultados acima obtidos, solicito a continuação do tratamento.
5	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____
6	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico

Atualizado em 26/02/2021

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE PARA A APLICAÇÃO DE SOMATROPINA

O(A) paciente vai utilizar _____ UI de Somatropina _____ UI/Frasco, que equivale a _____ mL ou _____ unidades na seringa de insulina, _____ vezes por semana.

Recomendações para o cálculo do volume a ser aplicado:

Volume a ser aplicado em mL = $\frac{\text{Volume total do frasco cheio em mL} \times \text{Quantidade de UI em cada aplicação}}{\text{Quantidade de UI total do frasco}}$

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?*										
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____ <div style="text-align: right;">Nome do responsável _____</div>										
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*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____										
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda					20- Telefone(s) para contato do paciente _____					
21- Número do documento do paciente _____					23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____					
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS _____										
22- Correio eletrônico do paciente _____										

*CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



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



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 90 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			