



## **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)**

Observação: Para solicitações de Calcitriol pós-procedimento de paratireoidectomia não é necessário realizar o agendamento para o atendimento.

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



## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

### DISTÚRBO MINERAL E ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

#### Medicamentos com restrição de idade:

**Cinacalcete e Paricalcitol** - Idade mínima: 18 anos

**Sevelâmer** - Idade mínima: 1 ano

#### 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 E MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)	→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> <b>Prescrição Médica</b> <input type="checkbox"/> <b>Formulário Específico:</b> Distúrbio Mineral e Ósseo na DRC	<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> <b>Prescrição Médica</b>	<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> <b>Prescrição Médica</b> <input type="checkbox"/> <b>Formulário Específico:</b> Distúrbio Mineral e Ósseo na DRC

#### DOCUMENTO EMITIDO PELO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

→ SOLICITAÇÃO INICIAL	→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
<u>Para Sevelâmer</u> <input type="checkbox"/> <b>Relatório de Acompanhamento</b>	<u>Para Sevelâmer</u> <input type="checkbox"/> <b>Relatório de Acompanhamento</b>

#### EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS	
Não se aplica	
→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO <u>OU</u> → REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO): EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME NOVO MEDICAMENTO REQUERIDO	
<u>Para Calcitriol e Paricalcitol</u> <input type="checkbox"/> Fósforo (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> Cálcio (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> Albumina (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> PTH (Validade 6 meses)	<u>Para Calcitriol (pacientes submetidos a paratireoidectomia)</u> <input type="checkbox"/> Fósforo (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> Cálcio (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> Albumina (Validade 3 meses)
<u>Para Sevelâmer</u> <b>Adultos:</b> <input type="checkbox"/> Fósforo (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> Cálcio (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> Albumina (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> PTH (Validade 6 meses)  <b>Crianças:</b> <input type="checkbox"/> Fósforo (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> Cálcio (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> Albumina (Validade 3 meses)	<u>Para Cinacalcete</u> <input type="checkbox"/> Cálcio (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> Albumina (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> PTH (Validade 6 meses)
<u>Para Desferroxamina</u> <input type="checkbox"/> Alumínio sérico (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> Teste para diagnóstico de excesso de alumínio (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> Laudo de Biópsia Óssea que comprove o depósito de alumínio (Se tiver) (Último exame realizado)	



→ **MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)**

<b>Para Sevelâmer</b>	<b>Para Calcitriol</b>	<b>Para Paricalcitol</b>	<b>Para Cinacalcete</b>
<input type="checkbox"/> Fósforo (Validade 3 meses)	<input type="checkbox"/> PTH (Validade 6 meses) * <input type="checkbox"/> Fósforo (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> Cálcio (Validade 3 meses)  * Apresentação não necessária para pacientes submetidos a paratireoidectomia	<input type="checkbox"/> PTH (Validade 6 meses) <input type="checkbox"/> Fósforo (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> Cálcio (Validade 3 meses)	<input type="checkbox"/> Cálcio (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> PTH (Validade 6 meses)

**OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO**

Não se aplica

<b>DATA:</b>	<b>LOCAL:</b>	
_____ NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA		

Atualizado em 08/09/2022



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DISTÚRBO MINERAL E ÓSSEO NA DRC

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____																																
2	<b>MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S):</b> _____ _____ _____																																
3	<b>DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO – HISTÓRICO</b> (Diagnóstico – quadro clínico – evolução): _____ _____ _____ _____ _____																																
4	<b>TRATAMENTO</b> (Detalhar tratamento <b>prévio e atual</b> , falhas e contraindicações): _____ _____ _____ _____ _____																																
5	<b>ASSINALAR A CLASSIFICAÇÃO DA DRC DO PACIENTE, DE ACORDO COM A TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR, CONFORME PCDT:</b> <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Estágio</th><th>TFG (mL/min por 1,73m<sup>2</sup>)</th><th>Descrição</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>&gt; 90</td><td>Lesão renal com TFG normal ou aumentada</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td><td>60-89</td><td>Lesão renal com TFG levemente diminuída</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3 (A e B)</td><td>30-59</td><td>TFG moderadamente diminuída</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td><td>15-29</td><td>TFG gravemente diminuída</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td><td>&lt; 15</td><td>Falência renal</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5D</td><td>&lt; 15 em diálise</td><td>Falência renal em terapia substitutiva</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>*T</td><td>N/A</td><td>Transplante renal bem sucedido</td></tr></tbody></table> <p>*Somente em solicitações de Cinacalcete para pacientes transplantados renais que não se encaixam em outra classificação da DRC.</p>		Estágio	TFG (mL/min por 1,73m <sup>2</sup> )	Descrição	<input type="checkbox"/>	1	> 90	Lesão renal com TFG normal ou aumentada	<input type="checkbox"/>	2	60-89	Lesão renal com TFG levemente diminuída	<input type="checkbox"/>	3 (A e B)	30-59	TFG moderadamente diminuída	<input type="checkbox"/>	4	15-29	TFG gravemente diminuída	<input type="checkbox"/>	5	< 15	Falência renal	<input type="checkbox"/>	5D	< 15 em diálise	Falência renal em terapia substitutiva	<input type="checkbox"/>	*T	N/A	Transplante renal bem sucedido
	Estágio	TFG (mL/min por 1,73m <sup>2</sup> )	Descrição																														
<input type="checkbox"/>	1	> 90	Lesão renal com TFG normal ou aumentada																														
<input type="checkbox"/>	2	60-89	Lesão renal com TFG levemente diminuída																														
<input type="checkbox"/>	3 (A e B)	30-59	TFG moderadamente diminuída																														
<input type="checkbox"/>	4	15-29	TFG gravemente diminuída																														
<input type="checkbox"/>	5	< 15	Falência renal																														
<input type="checkbox"/>	5D	< 15 em diálise	Falência renal em terapia substitutiva																														
<input type="checkbox"/>	*T	N/A	Transplante renal bem sucedido																														



<b>6</b>	<b>INFORMAR:</b> <input type="checkbox"/> Paciente em tratamento conservador/sem terapia renal substitutiva atualmente; <input type="checkbox"/> Paciente em hemodiálise; <input type="checkbox"/> Paciente em diálise peritoneal.
<b>7</b>	<b>PACIENTE JÁ FEZ TRANSPLANTE RENAL?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, descreva: _____ _____
<b>8</b>	<b>PACIENTE REALIZOU PARATIREOIDECTOMIA?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, detalhar: _____ _____ <b>PACIENTE COM SÍNDROME DA FOME ÓSSEA APÓS PARATIREOIDECTOMIA?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>9</b>	<b>OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES:</b> _____ _____ _____
<b>10</b>	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b> Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico



## 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 CRES		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*					
				kg					
				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- <b>Atestado de capacidade*</b>									
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									
								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 - <b>CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*</b> : <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*						20- Telefone(s) para contato do paciente			
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela									
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____									
<input type="checkbox"/> Parda									
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](http://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			