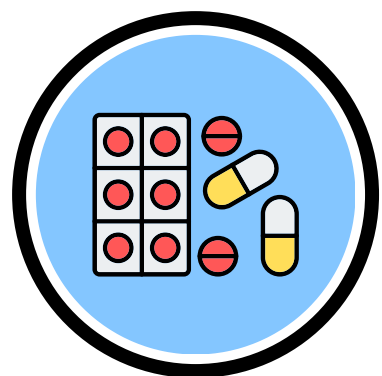


# COMO ACESSAR OS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO?



GUIA RÁPIDO





Os **medicamentos do componente especializado** podem ser solicitados na **Farmácia de Medicamentos Especiais (FME)**, por meio de abertura de processos administrativos.

**1**

**Verifique a disponibilidade do medicamento em:**

[farmaciadigital.rs.gov.br](http://farmaciadigital.rs.gov.br) ou pelo QR Code. 



**O medicamento desejado não está disponível?**

O paciente tem a opção de comprar ou solicitar via processo judicial.



= clique para direcionar ao site/documento


## Exemplo:


2

Consultar os **documentos necessários** para abrir o processo de solicitação na FME.

### Qual medicamento você procura?

Digite o nome do medicamento  
FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG (CÁPSULA INA) X 🔍


 **FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG (CÁPSULA INALANTE)**  
Cápsula

 Para verificar se esse medicamento está disponível para solicitação digital, consulte CID (código da doença) abaixo:

Para solicitar este medicamento são obrigatórios os seguintes Documentos do Paciente


- Cópia de comprovante de residência
- Cópia do Cartão Nacional do SUS (CNS)
- Cópia do documento de identificação com foto


Selecione a **CID** (código da doença) para saber quais documentos (laudo, exames, receitas) são **necessários**

J45.8 - Asma mista 

**Consulte os CIDs contemplados**

Acesse aqui os documentos necessários para realizar a solicitação:

 [Baixar relação de documentos](#)



### Certifique-se que o medicamento que você deseja solicitar:

3

- ✓ contempla o CID a ser tratado;
- ✓ está na mesma dose e forma farmacêutica daquele disponível;

4

Preencher os documentos necessários e o formulário de solicitação do medicamento, conforme cada caso.

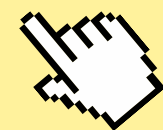
## IMPORTANTE

Aos pacientes que fazem o uso de medicamentos do componente especializado para o **tratamento da dor decorrente de alguma patologia** (ex.: tratamento da dor no câncer) - **inserir o CID da dor** e não da doença de base.



O paciente que tiver condições, também pode fazer a **solicitação digital** dos medicamentos disponíveis no site da Farmácia Digital RS, conforme:

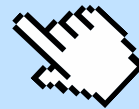

**Fluxo de acesso a plataforma Farmácia Digital RS.**



QR Code:



## Preencher o **Laudo de solicitação, avaliação e autorização de Medicamentos (LME):**

- Versão impressa 
- Versão digital 

**PREENCHER TODOS OS CAMPOS, assinar e carimbar.**



Os **campos 1 a 17** devem ser preenchidos obrigatoriamente pelo **PRESCRITOR**, sem rasuras.

SUS		Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde		Secretaria de Estado da Saúde
<b>COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>		
<b>LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)</b>		
<b>SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)</b>		
<b>CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE</b>		
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	
9- CID-10*	10- Diagnóstico	
11- Anamnese*		
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*		
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?		
14- Nome do médico solicitante*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*		
16- Data da solicitação*		
17- Assinatura e carimbo do médico*		
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		
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 <input type="checkbox"/> Sem informação		
20- Telefone(s) para contato do paciente		
21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS		
22- Correio eletrônico do paciente		
23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*		

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

# FÓRMULAS NUTRICIONAIS (FN)

No caso de solicitação de fórmulas nutricionais, preencher o **Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (LFN):**

[Versão impressa](#) 

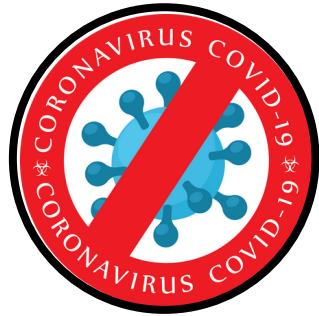
**OBS: Preencher as duas páginas.**

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS - LFN IDENTIFICAÇÃO DO USUARIO		
Nome completo:		
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data de nascimento (D.N): ____/____/____	
CPF:	RG:	CNS:
Nome completo da Mãe:		
Raça/Cor/Etnia informada pelo paciente ou responsável: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena. Informar etnia:		
Responsável:		DN do Responsável:
CPF:	RG:	CNS:
Endereço: (rua,nº,bairro, municipio)		
Telefone(s):	UF:	CEP:
E-mail:		
Assinatura do Paciente:		Assinatura do Responsável:
INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA		
Doença principal:		CID
Outro (s) Diagnóstico (s):		CID's:
Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional: <input type="checkbox"/> Afagia / Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo <input type="checkbox"/> Síndrome de má absorção <input type="checkbox"/> Afagia / Disfagia por doença neurológica <input type="checkbox"/> Desnutrição moderada a grave <input type="checkbox"/> Transtorno de mobilidade intestinal <input type="checkbox"/> Outro:		
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL		
Peso (kg): _____ ( ) atual ( ) estimado    Estatura (cm) : _____ ( ) atual ( ) estimado    IMC:		
Laudo nutricional:		
VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL		
<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> TNE+VO <input type="checkbox"/> TNE EXCLUSIVA <input type="checkbox"/> TNE+TPP		
Via de acesso Sonda: <input type="checkbox"/> Nasogástrica <input type="checkbox"/> Nasoentérica <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia		
Descritivo da fórmula solicitada	Volume e fracionamento/dia	Total / Mes
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
Nome do estabelecimento:		CNES:
Nome do profissional:		CRM/CRN
CPF:	CNS:	
Endereço (rua,nº,bairro, municipio):		
Telefone(s):	UF:	CEP:
E-mail:		
Data: ____/____/____		
Assinatura e carimbo (Médico)		Assinatura e Carimbo (Nutricionista)
(casos de alergia a proteínas do leite de vaca - preencher também o folha 2)		





# COVID-19



O medicamento **PAXLOVID** está disponível para **alguns casos** no tratamento da COVID-19.

Preencher o formulário: **Prescrição de tratamento com Nirmatrelvir/Ritonavir.**

Versão impressa/digital 



Nesse caso, **excepcionalmente**, não é necessário o preenchimento do LME.



GUIA PARA USO DO ANTIVIRAL NIRMATRELVIR/RITONAVIR EM PACIENTES COM COVID-19, NÃO HOSPITALIZADOS E DE ALTO RISCO

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DE TRATAMENTO COM NIRMATRELVIR/RITONAVIR – TRATAMENTO POR 5 (CINCO) DIAS

### CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Covid-19 confirmada E sintomática por 5 (cinco) dias ou menos (o dia de início dos sintomas é considerado o primeiro dia) E ≥65 anos OU ≥18 anos com imunossupressão (conforme relação no verso do formulário).

1. Data do preenchimento: / /

### DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE

2. UF: Município:  
3. Unidade de saúde do SUS prescritora:  
Código (CNES):  
Telefone: ( )

### IDENTIFICAÇÃO E DEMAIS INFORMAÇÕES DO PACIENTE

4. Nome do paciente:  
5. CPF:  
6. Cartão Nacional de Saúde (CNS):  
7. Data de nascimento: / /  
8. Data de início dos sintomas: / /  
9. Teste diagnóstico de covid-19: TR-Ag, RT-qPCR ou LAMP  Positivo  Negativo  
10. Peso: kg (contraindicado para pacientes com peso inferior a 40kg)  
11. Paciente é imunossuprimido?  Sim  Não  
12. Paciente tem insuficiência hepática grave?  Sim  Não (NÃO é recomendado para pacientes com insuficiência hepática grave)  
13. a) Paciente tem insuficiência renal, com TFGe ≥30 a <60mL/min?  Sim  Não  
Em pacientes com insuficiência renal moderada (TFGe ≥30 a <60mL/min), a dose deve ser reduzida para 150mg de nirmatrelvir (metade da dose padrão) e 100mg de ritonavir, tomados em conjunto duas vezes/dia, durante 5 dias.  
b) Paciente tem insuficiência renal grave, com TFGe <30mL/min?  Sim  Não  
Em pacientes com insuficiência renal grave (TFGe <30mL/min) ou que requerem diálise, o nirmatrelvir é contraindicado.

Esta prescrição deverá ser realizada após checar todos os medicamentos utilizados pelo paciente (Quadro 5 do guia para uso do NMV/r).


### DADOS RESIDENCIAIS E DE CONTATO DO PACIENTE


14. CEP:  
15. UF:  
16. Município:  
17. Bairro:  
18. Logradouro (rua, avenida etc.):  
19. N.º:  
20. Complemento (apto, casa etc.):  
21. Telefone: ( )  
22. Zona: 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado  
23. País (se residente fora do Brasil):

# TALIDOMIDA

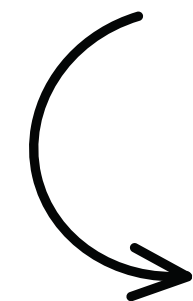
Para a retirada do medicamento são necessários:

1. Termo de responsabilidade/esclarecimento:

Para mulheres até 55 anos de idade. 

Para mulheres acima de 55 anos de idade ou homens. 

2. Notificação de receita de talidomida - Válida por 20 dias.



**Levar esses documentos em todas as retiradas do medicamento.**



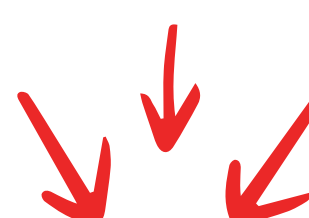
# TOXOPLASMOSE

## GESTACIONAL

1. RG, CPF, Cartão do SUS e comprovante de residência;
2. Receita médica (a cada retirada);
3. Cópia da notificação do SINAN;
4. Laudo médico com CID e informação da idade gestacional;
5. Exames sorológicos para toxoplasmose IgG, IgM e Avidéz.

## CONGÊNITA

1. RG, CPF, Cartão do SUS e comprovante de residência;
2. Receita médica (a cada retirada);
3. Cópia da notificação do SINAN;
4. Laudo médico com CID (preferencialmente de pediatra);
5. Exames sorológicos para toxoplasmose IgG e IgM.



Quando pacientes **menores de idade**, é necessário também apresentar os **documentos do responsável**.



# TOXOPLASMOSE

## OCULAR E EM IMUNODEPRIMIDOS

1. RG, CPF, Cartão do SUS e comprovante de residência;
2. Receita médica;
3. Laudo médico com CID:
4. Ocular: laudo de oftalmologista
5. Imunodeprimidos: laudo preferencial de infectologista
6. Exames sorológicos para toxoplasmose IgG e IgM.
7. Recomendado: cópia da notificação do SINAN;

## PARA OS PACIENTES QUE RESIDEM EM SANTA MARIA:

A **abertura de processos e retirada dos medicamentos** do componente especializado são realizados na **Farmácia de Medicamentos Especiais:**



### **Atendimento:**

Segunda a sexta-feira

8h às 13h

(sem fechar ao meio-dia).

\* ATENDIMENTO COM  
**FICHAS LIMITADAS.**



**Endereço:** Avenida Presidente Vargas, 1720.



**Telefone:** (55) 3174-1594 - Opção 1



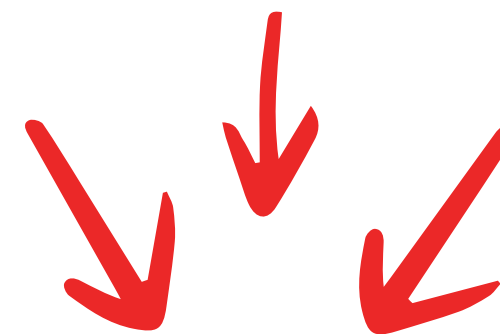
**Instagram:** @farme\_rs.sm



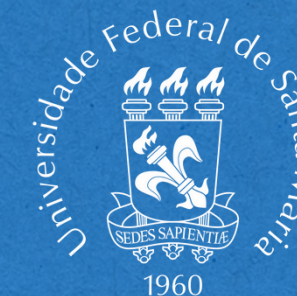
Aos pacientes que não residem em Santa Maria, orientar que procurem a farmácia municipal de sua cidade de origem.

# A SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE NÃO REALIZA OS SEGUINTE PROCEDIMENTOS:

- Dispensação de medicamentos;
- Prescrição/troca de receita de medicamentos;
- Preenchimento de LME;
- Abertura de processos para acesso aos medicamentos;
- Fornecimento de certidão negativa.



**NÃO ENCAMINHAR O PACIENTE PARA A SECRETARIA  
DE MUNICÍPIO DA SAÚDE NESSES CASOS.**



RESIDÊNCIA EM ÁREA  
PROFISSIONAL DA SAÚDE  
UNI E MULTIPROFISSIONAL



## ELABORADO PELOS(AS) FARMACÊUTICOS(AS):

Alana Schneider Boesing

Juliane Mattiazzi

Leonardo de Oliveira Gonçalves

Luana Eggres Stangherlin

Renan Cybulski do Amaral

Viviane Ratzlaff



ANO: 2023

VERSÃO: 01