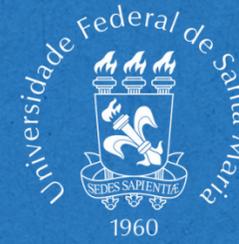




Prefeitura Municipal de  
**SANTA MARIA**



**RESIDÊNCIA EM ÁREA  
PROFISSIONAL DA SAÚDE**  
UNI E MULTIPROFISSIONAL

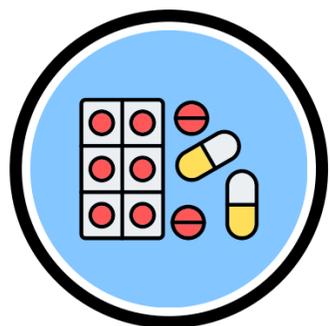


# COMO ACESSAR OS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO?



**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 Q

 **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:





# FÓRMULAS NUTRICIONAIS (FN)

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

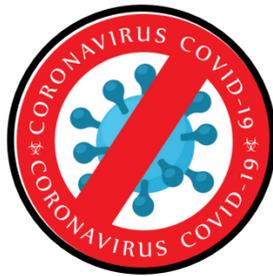
[Versão impressa](#) 

**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: ( ) M ( ) F	Data de nascimento (D.N): ____/____/____	
CPF:	RG:	CNS:
Nome completo da Mãe:		
Raça/Cor/Etnia informada pelo paciente ou responsável: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) 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: ( ) Afagia / Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo ( ) Síndrome de má absorção ( ) Afagia / Disfagia por doença neurológica ( ) Desnutrição moderada a grave ( ) Transtorno de mobilidade intestinal ( ) Outro:		
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL		
Peso (kg): _____ ( ) atual ( ) estimado    Estatura (cm) : _____ ( ) atual ( ) estimado    IMC:		
Laudo nutricional:		
VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL		
( ) VO    ( ) TNE+VO    ( ) TNE EXCLUSIVA    ( ) TNE+TPP		
Via de acesso Sonda: ( ) Nasogástrica    ( ) Nasoentérica    ( ) Gastrostomia    ( ) 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.**



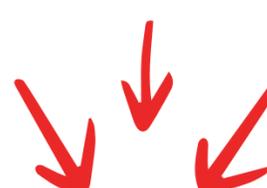
# TOXOPLASMOSE

## 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



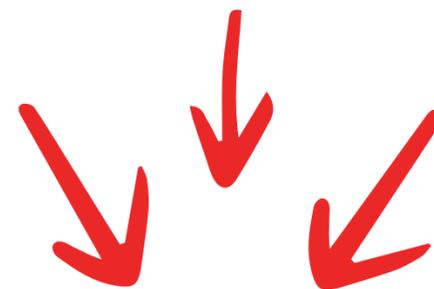
Aos pacientes que não residem em Santa Maria, orientar que procurem a farmácia municipal de sua cidade de origem.

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

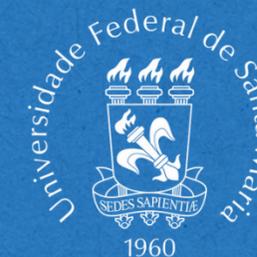
- Dispensação de medicamentos;
- Prescrição/troca de receita de medicamentos;
- Preenchimento de LME;
- Abertura de processos para acesso aos medicamentos;
- Fornecimento de certidão negativa.



**ATENÇÃO**



**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