



ORIENTAÇÕES SOBRE PREENCHIMENTO DA LME

Este documento tem por objetivo orientar os Médicos assistentes de como devem proceder para o correto preenchimento do **Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)**.

Este documento é de cunho obrigatório para se ter acesso aos medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF) no Estado de Goiás.

- *Regulamentação fundamentada:*

- Título IV, do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

- Portaria nº 13, de 6 de janeiro de 2020 - Altera o Título IV do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Ofício conjunto circular nº 1/2020/CGCEAF-CGMPAF/DAF/SCTIE/MS, de 08/01/2020.

- *Validade do documento:*

- ✓ O documento terá validade de **90 (noventa) dias** a contar da data de preenchimento pelo Médico solicitante.

- *Quantidade solicitada de medicamentos:*

- ✓ A LME poderá conter, no máximo, **6 (seis) medicamentos para a mesma doença (condição clínica)**. Caso seja necessário outra LME deverá ser preenchida com os demais medicamentos para o mesmo CID-10.

- *Informações adicionais:*

- ✓ **Para cada doença (condição clínica)**, definida de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), **haverá a necessidade de preenchimento de um LME;**
- ✓ O **Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante (campo 15)** deverá obrigatoriamente estar vinculado ao **Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – (campo 1)**. O CNES pode ser consultado no link abaixo:

<http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>

- *Preenchimento dos campos*

Os campos de 1 a 17 são de preenchimento exclusivo e obrigatório do médico solicitante.

Campo 1 – Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): preencher com o código identificador do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).

Campo 2 – Nome do estabelecimento de saúde solicitante: preencher com o nome fantasia do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).

Campo 3 – Nome completo do Paciente: preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas.

Campo 4 – Nome da mãe do paciente: preencher com o nome completo da mãe do paciente.

Campo 5 – Peso: preencher com o peso atual do paciente, em quilogramas.

Campo 6 – Altura: preencher com a altura atual do paciente, em centímetros.



Campo 7 – Medicamento: preencher com o(s) nome(s) do(s) medicamento(s) solicitado(s), de acordo com o descrito na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.

Campo 8 – Quantidade solicitada: preencher com a quantidade do(s) medicamento(s) solicitado(s), **para cada mês** de tratamento.

Campo 9 – CID-10: preencher com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) que corresponde à doença/lesão/agravo que motivou a solicitação do(s) medicamento(s).

Campo 10 - Diagnóstico: diagnóstico da doença que motivou a solicitação do(s) medicamento(s), descrito com base na denominação da CID-10.

Campo 11 – Anamnese: histórico do paciente que vai desde os sintomas e sinais iniciais até o momento da observação clínica.

Campo 12 – Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?: Assinalar se o paciente realiza ou já realizou tratamento para a doença descrita no campo nove. Caso esteve ou está em tratamento, deverá relatar o(s) esquema(s) terapêutico(s) utilizado(s).

Campo 13 – Atestado de capacidade: a solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença daquele considerado incapaz, de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil: os menores de dezoito anos; aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos ou que não puderem exprimir sua vontade, mesmo que transitória; ébrios habituais, viciados em tóxicos, ou os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; os pródigos. De acordo com a avaliação clínica pelo médico, descrever se o paciente preenche os critérios, ou não, de incapacidade. Caso presente, descrever o nome completo do responsável pelo paciente.

Campo 14 – Nome do médico solicitante: preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento, que deve estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.

Campo 15 – Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante: Preencher com o número do CNS do médico solicitante.

Campo 16 – Data da solicitação: preencher com a data da solicitação, registrando o dia, mês e ano, no formato dd/mm/aaaa.

Campo 17 - Assinatura e carimbo do médico: assinatura e carimbo com número de registro no Conselho de Classe do médico solicitante.

Os campos de 18 a 23 não são de preenchimento exclusivo do médico solicitante.

Campo 18 – Assinalar o responsável pelo preenchimento dos campos 19, 20, 21, 22 e 23. No caso do responsável pelo preenchimento ser outra pessoa, além do paciente, mãe do paciente, responsável descrito no item 13 ou o médico solicitante, deverá ser informado o nome completo da pessoa, sem abreviaturas, e seu número de cadastro de pessoa física (CPF).

Campo 19 – Preencher a Raça/Cor do paciente, informadas pelo próprio usuário ou seu responsável, conforme descrição da Portaria SAS/MS nº 719 de 28 de dezembro de 2007. Caso seja assinalada a Raça/Cor Indígena, deverá ser preenchida também sua etnia, conforme a Tabela de Etnias Indígenas Brasileiras, descrita na Portaria SAS/MS nº 508 de 28 de setembro de 2010.

Campo 20 – Telefone(s) de contato do Paciente: preencher com número(s) de telefone do paciente, para possíveis contatos.

Campo 21 – Número do documento do Paciente: assinalar com um “x” no campo correspondente ao CPF ou CNS e preencher com o número do documento assinalado.

Campo 22 – Correio eletrônico do Paciente: preencher com o correio eletrônico do paciente, para possíveis contatos.

Campo 23 – Assinatura do responsável pelo preenchimento: assinatura da pessoa responsável pelo preenchimento dos campos 18, 19, 20, 21, 22 e 23.