



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Nota Técnica CAF nº 5, de 22 de outubro de 2020

Assunto: Orientações sobre o Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) e Ficha de Avaliação para Fornecimento de Fórmulas Infantis Especiais.

ANEXO 01 - REGRAS PARA ELABORAÇÃO CORRETA E COMPLETA DO LME

• **LME de preenchimento manual:**

- Preencher todos os campos de forma legível, evitando siglas;
- Utilizar preferencialmente apenas uma cor de caneta;
- Não deve haver rasura.

• **LME eletrônica:**

- Preencher todos os campos eletronicamente, com exceção do item 17 "Assinatura e carimbo do médico", evitando siglas;
- Não deve haver rasura.

• **LME com preenchimento misto:**

- As LME preenchidas de forma eletrônica ou com dados parciais reproduzidos em gráficas poderão ter informações complementadas de forma manual pelo médico.
- Não deve haver rasura;
- Excepcionalmente poderão ser aceitas LME preenchidas utilizando-se de outros instrumentos padronizados pelos serviços de saúde, como por exemplo, carimbos e etiquetas, desde que a informação esteja completa, legível e sem rasuras. Esta exceção visa evitar prejuízo à saúde dos pacientes, até que haja possibilidade de adequação do preenchimento do LME de acordo com o previsto nas legislações.

• **Campos 1 A 17 do LME: Preenchimento exclusivo pelo médico solicitante**

- Campo 1 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – 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).

1-Número do CNES*

- 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).

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Campo 3 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – Nome completo do Paciente: preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas.

3- Nome completo do Paciente*

- Campo 4 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – Nome da mãe do paciente: preencher com o nome completo da mãe do paciente.

4- Nome da Mãe do Paciente*

- Campo 5 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – Peso: preencher com o peso atual do paciente, em quilogramas.

5-Peso do paciente* kg

- Campo 6 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – Altura: preencher com a altura atual do paciente, em centímetros.

6-Altura do paciente* cm

- Campo 7 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – 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, com a respectiva dosagem.

	<input type="button" value="Digitar manualmente"/> <input type="button" value="Listar medicamentos"/>	7- Medicamento(s)*
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Observação: Em caso de solicitação de mais de 6 (seis) medicamentos para a mesma doença, o mesmo médico preencherá mais de um LME.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- o Campo 8 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – Quantidade solicitada: preencher com a quantidade do(s) medicamento(s) solicitado(s) para cada mês de tratamento. Preencher com a quantidade a ser utilizada por mês pelo paciente. Ex. “31” comprimidos, “2” frascos.

8- Quantidade solicitada*					
1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês

- o Campo 9 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – 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), com uma letra e três números (Grupo e Subgrupo), com exceção dos CIDs (de apenas dois números) descritos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) ou Guia de Orientação sobre Medicamentos da SES/SP.

9- CID-10*

Observação: Para cada CID-10, deverá ser elaborado um LME diferente.

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

10- Diagnóstico

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

11- Anamnese*

Observação: Neste campo, o médico deverá inserir informações que justifiquem e comprovem a indicação de tratamento, considerando as diretrizes dos PCDT.

- o Campo 12 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?: Assinalar se o paciente realiza ou já realizou tratamento para a doença descrita





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

no campo nove. Caso esteve ou está em tratamento, deverá relatar o(s) esquema(s) terapêutico(s) utilizado(s).

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

SIM. Relatar:

NÃO

- o Campo 13 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – 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 18 (dezesesseis) 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 (“alcóolatrás”), viciados em tóxicos, ou os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;
 - Os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;
 - Os pródigos.

Desta forma, considerando a avaliação clínica do médico, descrever se o paciente preenche os critérios, ou não, de incapacidade. Caso presente, descrever o nome completo do responsável pelo paciente.

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?

NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____

Nome do responsável

Observação: Caso existam duas pessoas responsáveis (ex. mãe e pai), escrever os dois nomes no campo “Nome do responsável”.

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

14- Nome do médico solicitante* _____

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

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* _____





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

16- Data da solicitação*

/ /

- o Campo 17 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – Assinatura e carimbo do médico: assinatura e carimbo com número de registro no Conselho de Classe do médico solicitante.

17- Assinatura e carimbo do médico*

Observação: Em caso de ausência de carimbo, o médico solicitante deve assinar e informar o número de registro no Conselho Regional de Medicina, considerando que seu nome já consta no campo 14 do LME.

CAMPOS 18 A 23 DO LME:

PREENCHIMENTO PELO PRÓPRIO PACIENTE, MÃE DO PACIENTE, RESPONSÁVEL PELO PACIENTE OU MÉDICO SOLICITANTE

• **LME de preenchimento manual:**

- o Preencher de forma legível e sem rasuras

• **LME eletrônica:**

- o Preencher todos os campos eletronicamente, com exceção do item 23 "Assinatura do responsável pelo preenchimento".

Atenção: Em casos de **preenchimento eletrônico** do LME pelo médico solicitante, não há impedimentos de **preenchimento manual** dos campos 18 a 23.

- o Campo 18 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – 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).

18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante
 Outro, informar nome: _____ e CPF _____





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- o Campo 19 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – Preencher a raça/cor do paciente expressada 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.

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

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

20- Telefone(s) para contato do paciente

- o 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.

21- Número do documento do paciente _____

CPF ou CNS

- o Campo 22 – Correio eletrônico do Paciente: preencher com o correio eletrônico (e-mail) do paciente para possíveis contatos.

22- Correio eletrônico do paciente _____

- o Campo 23 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – Assinatura do responsável pelo preenchimento: assinatura da pessoa responsável pelo preenchimento campos 18, 19, 20, 21, 22 e 23.

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

As Farmácias de Medicamentos Especializados da SES/SP ou Farmácias Municipais deverão triar os documentos entregues pelos pacientes ou seus representantes, e em casos de recebimento de **LME com preenchimento inadequado**, deverão devolver o processo para **adequação**.

Fonte: Adaptado do Portal do Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/15/Instru----es-Preenchimento-LME.pdf>>, Acesso em: 17/09/2020.

