

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO

Campo 1 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas.

Campo 2 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): preencher com o número do CNS do paciente.

Campo 3 – Nome do estabelecimento do médico 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 4- 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 5 - Medicamento: preencher com o(s) nome(s) do(s) medicamentos(s) solicitado(s), de acordo com o descrito na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.

Campo 6 – Quantidade solicitada: preencher com a quantidade do(s) medicamento(s) solicitado(s) para cada mês de tratamento.

Campo 7 - Diagnóstico: diagnóstico da doença que motivou a solicitação do(s) medicamento(s), descrito com base na denominação da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

Campo 8 – CID-10 Principal: preencher com o CID - 10 que corresponde à doença/lesão de base que motivou a solicitação do(s) medicamento(s).

Campo 9 – CID-10 Secundário: preencher com o CID – 10 que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base. Campo de preenchimento não obrigatório.

Campo 10 – Anamnese: histórico do paciente que vai desde os sintomas iniciais até o momento da observação clínica, realizado com base nas lembranças do paciente.

Campo 11 – Alterações laboratoriais significativas: preencher, somente se necessário, as principais alterações laboratoriais que auxiliaram/definiram a doença em questão. Campo de preenchimento não obrigatório.

Campo 12 – Tratamentos prévios: preencher com os tratamentos medicamentoso(s) e/ou não medicamentoso(s) previamente utilizados pelo paciente para a doença em questão. Campo de preenchimento não obrigatório.

Campo 13 – Condição clínica do paciente: 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 – Data da solicitação: preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 16 - Documento: assinalar com um “x” no campo correspondente ao CNS ou CPF que será descrito pelo profissional solicitante no campo 17.

Campo 17 – N° Documento: preencher com o n° do documento (CNS ou CPF) utilizado pelo profissional solicitante.

Campo 18 - Assinatura e carimbo do médico: assinatura e carimbo com número de registro no Conselho de Classe do médico solicitante.

Campo 19 – Data de nascimento: preencher com a data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa.

Campo 20 – Altura: preencher com a altura do paciente, em metros, no dia do preenchimento.

Campo 21 – Peso: preencher com o peso do paciente, em quilogramas, no dia do preenchimento.

Campo 22 – Sexo: preencher com o sexo do paciente, assinalando com um “x” no quadro indicativo: M - Masculino ou F – Feminino.

Campo 23 – Município de residência/UF: preencher com o nome do município de residência do paciente e a sigla da unidade federativa a que pertence o município. Deve-se considerar como município de residência, o local fixo do paciente e não o de permanência temporária.

Campo 24 – Endereço: preencher com o endereço completo - rua, número, complemento e bairro.

Campo 25 – Telefone de contato: preencher com número de telefone para possíveis contatos com o paciente.

Campo 26 – Nome da mãe ou responsável: preencher com o nome completo da mãe ou do responsável pelo paciente.

Campo 27 – Nome do profissional responsável pelo preenchimento: preencher com o nome do profissional que preencheu os dados complementares do paciente em questão, o qual deve estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.

Campo 28 – Data do preenchimento: preencher com a data do preenchimento dos dados complementares no formato dd/mm/aaaa.

Campo 29 - Documento: assinalar com um “x” no campo correspondente ao CNS ou CPF que será descrito pelo profissional responsável pelo preenchimento dos dados complementares do paciente no campo 30.

Campo 30 – N° documento: preencher com o n° do documento (CNS ou CPF) utilizado pelo profissional responsável pelo preenchimento dos dados complementares do paciente.

Campo 31 - Assinatura do responsável pelo preenchimento: assinatura do profissional responsável pelo preenchimento dos dados complementares do paciente.

AVALIAÇÃO TÉCNICA

Campo 1 – Nome do paciente: preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas.

Campo 2 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): preencher com o número do CNS do paciente.

Campo 3 – Código(s)/ Medicamento(s): preencher com os medicamentos solicitados e seus respectivos códigos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, de preferência, na mesma ordem da solicitação.

Campo 4– CID-10 principal: preencher com o CID-10 principal descrito pelo médico solicitante.

Campo 5 – CID-10 secundário: preencher com o CID-10 secundário descrito pelo médico solicitante. Caso o médico não o descreveu, deixar este campo em branco.

Campo 6 – Deferimento: o deferimento deve ocorrer quando a solicitação de algum medicamento preenche os critérios descritos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença, publicado pelo Ministério da Saúde, na versão final, e os demais parâmetros definidos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Assinalar o(s) número(s) correspondentes ao(s) medicamento(s) deferido(s).

Campo 7 – Devolução: a devolução caracteriza-se pela ausência de informação ou de documentos/exames ou preenchimento incorreto da solicitação do medicamento que impedem a plenitude da análise. Deve-se assinalar qual o motivo da devolução e o(s) número(s) correspondente(s) ao(s) medicamento(s) devolvido(s), considerando as seguintes definições: Preenchimento incompleto: assinalar quando há falta de preenchimento de algum campo considerado obrigatório no campo de solicitação de medicamento(s); Preenchimento incorreto: assinalar quando em algum campo da solicitação de medicamento(s) foi descrita informação incorreta da descrita nesta Instrução; Ausência de documentação: assinalar no caso de ausência de alguma documentação exigida pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença em questão ou pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; Ausência de exame: assinalar no caso de ausência de algum exame exigido pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença em questão; Outros: assinalar quando o motivo de devolução não se enquadrar nos demais parâmetros descritos acima

Campo 8 – Especificação: descrever, se necessário, informações complementares que auxiliem no esclarecimento do motivo da devolução.

Campo 9 – Indeferimento: o indeferimento caracteriza-se pela negativa da solicitação do(s) medicamento(s), seja por não preencher os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença, publicado pelo

Ministério da Saúde, na versão final, e/ou os demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Deve-se assinalar qual o motivo da devolução e o(s) número(s) correspondente(s) ao(s) medicamento(s) devolvido(s), quando necessário, considerando as seguintes definições: Não preenche critérios do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: assinalar quando a solicitação de medicamento(s) não preenche os critérios estabelecidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, devido a condição clínica/laboratorial do paciente ou por não possuir indicação do(s) referido(s) medicamento(s), no momento da solicitação; Medicamento não padronizado: assinalar quando há solicitação de medicamento(s) não padronizado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; CID-10 não padronizado: assinalar no caso que o CID-10 Primário, descrito pelo médico solicitante, não está padronizado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; Outros: assinalar quando o motivo de indeferimento não se enquadrar nos demais parâmetros descritos acima.

Campo 10 – Especificação: descrever, se necessário, informações complementares que auxiliem a esclarecer o motivo do indeferimento.

Campo 11 – Nome do avaliador: preencher com o nome completo do avaliador.

Campo 12 – Data da avaliação: preencher com a data da avaliação no formato dd/mm/aaaa.

Campo 13 - Documento: assinalar com um “x” no campo correspondente ao CNS ou CPF que será descrito pelo avaliador no campo 14.

Campo 14 – Nº Documento: preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) utilizado pelo avaliador.

Campo 15 - Assinatura e Carimbo do avaliador: assinatura e carimbo do avaliador.

AUTORIZAÇÃO

Campo 1 – Autorização: assinalar se a solicitação de um ou mais medicamentos, previamente deferidos pelo avaliador, poderá ser autorizada. Assinalar o(s) número(s) correspondentes ao(s) medicamento(s) autorizado(s).

Campo 2 – Especificação: descrever, se necessário, informações complementares que auxiliem a esclarecer o motivo da não autorização ou demais parâmetros que justificam alguma alteração.

Campo 3 – Número da Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC): Descrever o número de APAC (Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade/Custo no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS) gerado.

Campo 4 – Vigência: Descrever o período de vigência da APAC.

Campo 5 – Nome do autorizador: preencher com o nome do autorizador.

Campo 6 – Data da autorização: preencher com a data da autorização, registrando o dia, mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 7 - Documento: assinalar com um “x” no campo correspondente ao CNS ou CPF que será descrito pelo autorizador no campo 08.

Campo 8 – Nº Documento: preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) utilizado pelo autorizador

Campo 9 - Assinatura e carimbo do autorizador: assinatura e carimbo do autorizador