

Nota Técnica

Assunto: Orientações sobre o Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)

Publico Alvo:

- ❖ Médicos prescritores;
- ❖ Farmacêuticos;
- ❖ Demais profissionais de Saúde;
- ❖ Usuários do Sistema Único de Saúde.

Dispositivos Legais:

- ❖ Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 e suas atualizações, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no âmbito do SUS;
- ❖ Portaria nº 13, de 6 de janeiro de 2020 que 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.

O Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) é um formulário de modelo padrão estabelecido pela Portaria de Consolidação nº 2/2017, disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

O LME atualizado pode ser acessado pelo link [LME-eletrônico-versão-2022](#)

As versões anteriores do LME não serão aceitas no Centro de Atenção a Saúde de Sergipe-CASE a partir da publicação desta Nota Técnica.

O Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) é documento obrigatório para o acesso aos medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF) no Estado de Sergipe.

O LME poderá ser preenchido eletronicamente ou impresso para preenchimento manual.

O preenchimento eletrônico do LME é um facilitador para o médico assistente. Após o preenchimento do LME, esse documento deverá ser impresso, carimbado e assinado para compor a lista de documentos necessários para solicitar o(s) medicamento(s) do CEAF.

Para cada doença, definida de acordo com o CID10, haverá a necessidade de preenchimento de um LME.

Cada LME permitirá a dispensação de medicamentos de uso contínuo para até 6(seis) meses consecutivos.

O preenchimento do LME para quantidades de dispensação inferior a 6(seis) meses, só poderá ser aceito pelo CASE, quando o medicamento não for de uso contínuo ou tiver esquema posológico diferenciado que justifique o não preenchimento de todos os campos (06, seis, meses consecutivos), ou mediante apresentação de justificativa em relatório do médico assistente.

Cada LME tem capacidade para solicitação de até 6(seis) medicamentos, em caso de solicitação de mais de 6(seis) medicamentos para a mesma doença, será necessário o preenchimento de mais de um LME.

Cada LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

O LME deverá ser preenchido de forma legível, correta e completa. Assim, visando à diminuição de retrabalhos na elaboração do LME e atendendo as orientações de órgãos de controle, responsáveis pela fiscalização da correta execução do CEAF pela SES/SE, segue as instruções de preenchimento para elaboração correta e completa do LME:

Os campos de 1 a 17 são de preenchimento exclusivo 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 Peso	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



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
CASE- CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE SERGIPE

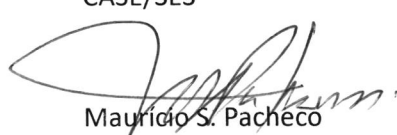
	Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.
Campo 8 Quantidade solicitada	Preencher com a quantidade do(s) medicamento(s) solicitado(s) para cada mês de tratamento.
Campo 9 CID-10	Preencher com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e 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 apresente, 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.
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).

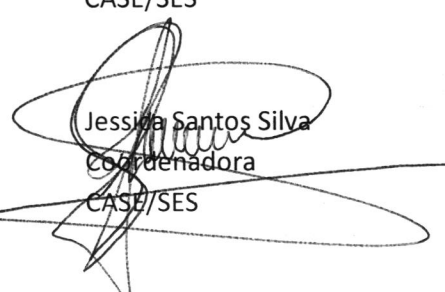


GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA
CASE- CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE SERGIPE

Campo 19	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 descritas 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 campos 18, 19, 20, 21, 22 e 23.


Cristiane Oliveira Costa
Gerente de Farmácia
CASE/SES


Maurício S. Pacheco
Gerente de Avaliação Técnica
CASE/SES


Jessica Santos Silva
Coordenadora
CASE/SES