

## ORIENTAÇÕES SOBRE PREENCHIMENTO DO LME

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 do Rio de Janeiro.

Este documento tem como objetivo orientar os Médicos assistentes de como devem proceder para o correto preenchimento do LME.

- Regulamentação:

- 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;
- Descrição do medicamento conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI);
- Não pode haver emendas ou rasuras no preenchimento do documento.
- 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:

[Consulta CNES](#)

- Instruções para preenchimento dos campos 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 – 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 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.

**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.