

ORIENTAÇÕES REFERENTES A SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO

Pensando em facilitar o acesso do usuário aos medicamentos do componente especializado, disponibilizamos este manual de preenchimento da solicitação, segundo as normas constantes nas notas técnicas da Secretaria do Estado da Saúde (SES-SP), DRS-7 / SPDM.

Para que o processo seja aceito para auditoria, este deve estar em acordo com as orientações descritas na Nota Técnica CAF nº 5, de 22 de outubro de 2020, como segue:

LME (Laudo para solicitação)

Deve ser o modelo atualizado, contendo campo para 6 meses de prescrição.

Deve ser preenchida, em todos os campos obrigatórios (*), pelo médico solicitante, de forma legível e sem rasuras ou abreviações.

LME de preenchimento manual: o Preencher todos os campos de forma legível, evitando siglas; o Utilizar preferencialmente apenas uma cor de caneta; o Não deve haver rasura. LME eletrônica: o Preencher todos os campos eletronicamente, com exceção do item 17 "Assinatura e carimbo do médico", evitando siglas; o Não deve haver rasura. LME com preenchimento misto: o As LME preenchidas de forma eletrônica ou com dados parciais reproduzidos em gráficos poderão ter informações complementadas de forma manual pelo médico. o Não deve haver rasura; o 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

Deve-se ter especial atenção ao preenchimento dos campos obrigatórios, com especial atenção aos descritos abaixo:

Atenção! Os campos de 1 a 17 são de preenchimento exclusivo do médico solicitante!

Campo 1 – Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - com 7 dígitos: 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. No formulário eletrônico é possível carregar a lista de medicamentos diretamente na LME para autopreenchimento.

Campo 8 – Quantidade solicitada: preencher com a quantidade do(s) medicamento(s) solicitado(s) para cada mês de tratamento (quantidade em frascos, doses ou comprimidos).

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). Antes de preencher, favor consultar se o CID para o qual solicita o medicamento está contemplado pelo Protocolo do Componente Especializado, disponível em: <https://saude.sp.gov.br/medicamentos/>

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. Observar na portaria os critérios de inclusão para que seja possível avaliar o paciente de acordo com as exigências. Caso o processo não descreva os critérios de avaliação, não será possível realizar a liberação do medicamento.

Campo 12 – Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença? Assinalar se o paciente realizou tratamento para a doença descrita no campo nove. Em caso positivo, 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, descreva 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 CNS do médico solicitante (15 dígitos): preencher com o número do CNS do médico.

Campo 16 – Data da solicitação: preencher com a data da solicitação, registrando o dia, mês e ano no formato dd/mm/aaaa. Obs: a validade da LME é de 90 dias.

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).

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. Obs: Não será aceito o formulário com preenchimento da opção **“Sem informação”**

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.(se tiver)

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

Lembrando que a LME deve ser entregue na Farmácia no mínimo 15 dias antes da data de vencimento, pois a avaliação é realizada em Campinas.

Pode ser preenchida na forma digital, através do endereço eletrônico saude.sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/07/2-LME-03-2022.pdf, ou de forma manual, não sendo aceito preenchimento parcialmente digital com complementação manuscrita (exceto nos campos de preenchimento pelo paciente).

O preenchimento do Campo Etnia/Raça/Cor é obrigatório, não sendo mais permitida a opção Sem Informação.

A LME para Processos Iniciais (Casos Novos) ou renovações, deve ser preenchida exclusivamente por especialista apenas quando exigido na portaria específica, conforme exemplo abaixo. Nos demais casos, pode ser preenchida pelo médico que assiste o usuário, independentemente da especialidade.

1ª Solicitação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico **endocrinologista** responsável pelo atendimento ao paciente.

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

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico **endocrinologista** responsável pelo atendimento ao paciente.

ATENÇÃO: A prescrição médica deve conter a DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA do medicamento (INSULINA ASPARTE 100 UI/ML) atendendo a legislação vigente, tanto para casos novos quanto para demandas em atendimento.

Obs: TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM SER ASSINADOS PELO MESMO MÉDICO!

1. Documentos obrigatórios para alteração de processo:

a) Inclusão de medicamentos:

LME Deve conter todos os medicamentos que serão cadastrados no novo processo.

Deve ser o modelo atualizado, contendo campo para 6 meses de prescrição.

Deve ser preenchida, em todos os campos obrigatórios (*), pelo médico solicitante, de forma legível e sem rasuras.

Receita: Posologia deve estar de acordo com LME. São aceitas receitas com assinatura digital.

Exames: De primeira solicitação para o medicamento a incluir (exceto quando forem iguais ao medicamento que já utiliza, quando deve encaminhar apenas os exames divergentes).

Obs: Verificar se o usuário está no momento de renovação. Neste caso, enviar também os exames de renovação de ambos.

Declaração autorizadora:

Deve ser assinada pelo paciente ou seu responsável legal. Deve conter os nomes das pessoas autorizadas a retirar o medicamento em nome do paciente.

b) Troca de medicamentos:

LME: Seguir orientação anterior.

Receita: Posologia deve estar de acordo com LME. São aceitas receitas com assinatura digital.

Exames: De primeira solicitação para o medicamento a incluir (exceto quando forem iguais ao medicamento que já utiliza, quando deve encaminhar apenas os exames divergentes).

Declaração autorizadora:

Deve ser assinada pelo paciente ou seu responsável legal. Deve conter os nomes das pessoas autorizadas a retirar o medicamento em nome do paciente.

c) Alteração de dose:

LME: Seguir orientação anterior.

Receita: Posologia deve estar de acordo com LME. São aceitas receitas com assinatura digital.

Exames: Observar [aqui](#) a portaria específica, pois alguns medicamentos necessitam de exames a cada alteração de dose.

d) Transferência:

Para pacientes de outra regional:

LME: Seguir orientação anterior.

Receita: Posologia deve estar de acordo com LME. São aceitas receitas com assinatura digital.

Documentos pessoais: Cópia do recibo da última retirada na cidade de origem ou RG, CPF, CNS, acompanhado do Comprovante de endereço atualizado.

Declaração autorizadora

Para pacientes da mesma regional (DRS-7)

Recibo da última retirada

Comprovante de endereço com CEP

Declaração autorizadora

Cópia do RG

3. Documentos obrigatórios para retirada de medicamentos/atendimento:

Para todos os atendimentos realizados na Farmácia de Componente Especializado é necessária a apresentação de **cópia simples de documento de identificação do paciente.**

Validade de exames

Para Casos novos:

Para todos os medicamentos, a validade deve seguir a guia de orientação da portaria específica. Caso não conste validade na portaria específica, favor seguir as orientações abaixo:

Exames laboratoriais (metabólicos): 90 dias

Exames de imagem: 12 meses

Exames genéticos e tipagem sanguínea: Indeterminada

COOMBS: realizar após a 28ª semana gestacional - validade 30 dias

PPD: 12 meses

Espirometria: 6 meses

Para renovações:

Seguir portaria específica

Validade das receitas

Para medicamentos controlados: (30 dias), sendo necessária a apresentação de receitas mensais. Lembrando que encaminhamos malotes com data futura, receitas sem data serão datadas com a data do próximo malote no momento do atendimento. São aceitas receitas com assinatura digital.

Para medicamentos não controlados: a receita tem validade de 6 meses sendo necessário apenas 1 receita em duas vias a cada semestre. São aceitas receitas com assinatura digital.