



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO
EXCEPCIONAL E ESTRATÉGICOS - LME

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)	
1 - NOME	2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME	4 - Nº DO PRONTUÁRIO		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - DDD - TELEFONE DE CONTATO	
10 - ENDEREÇO DO(A) PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO)			
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	12 - COD. IBGE MUNICÍPIO	13 - UF	14 - CEP

MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)			
15 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO	16 - NOME DO MEDICAMENTO	17 - CID PRINCIPAL	18 - CID SECUNDÁRIO
A			
B			
C			
D			
E			

DADOS COMPLEMENTARES							
19 - PACIENTE				20 - QUANTIDADE			
PESO (kg)	ALTURA (m)	HEMOFILIA	INIBIDOR	MED.	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> LEVE	<input type="checkbox"/> AUSENTE	A			
TRANSPLANTADO		<input type="checkbox"/> MODERADA	<input type="checkbox"/> < 5 UB	B			
<input type="checkbox"/> QUANTIDADE DE TRANSPLANTE - _____		<input type="checkbox"/> GRAVE	<input type="checkbox"/> > OU = 5 UB	C			
<input type="checkbox"/> GESTANTE				D			
				E			

JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)	
21 - OBSERVAÇÕES	
22 - PROVAS DIAGNÓSTICAS (Anexar cópia dos exames) <input type="checkbox"/> INCLUSÃO <input type="checkbox"/> MONITORAMENTO	

SOLICITAÇÃO		
23 - NOME DO PROFISSIONAL	24 - DATA	27 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
25 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	26 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/ CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

AUTORIZAÇÃO		
28 - NOME DO PROFISSIONAL	29 - COD. ORGAO EMISSOR	34 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
30 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	31 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/ CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
32 - DATA	33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	35 - PERÍODO DE VALIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)	
36 - NOME	37 - CNES



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Campo 01 - Nome do Estabelecimento de Saúde Solicitante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento solicitante.

Campo 02 - CNES: Preencher com o número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do estabelecimento solicitante.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Campo 03 - Nome do Paciente: Preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 04 - N° do Prontuário: Preencher com o número adotado pelo Serviço de Arquivo Médico - SAME ou setor similar do estabelecimento de saúde para identificar o paciente.

Campo 05 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): Preencher com o número do CNS do paciente.

Campo 06 - Data de Nascimento: Preencher com a data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa.

Campo 07 - Sexo: Preencher com o sexo do paciente, assinalando com um "X" no quadro indicativo: M - Masculino ou F - Feminino.

Campo 08 - Nome da Mãe ou Responsável: Preencher com o nome completo da mãe ou do responsável pelo paciente. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 09 - Telefone de Contato: Preencher com número de telefone que possa ser acionado para possíveis contatos com familiares do paciente.

Campo 10 - Endereço de Residência: Preencher com o endereço completo - rua, número, complemento e bairro. Deve-se considerar como endereço de residência, o fixo do paciente e não o de permanência temporária em outro local/município.

Campo 11 - Município de Residência: Preencher com o nome do município de residência do paciente. Não abreviar o nome do município para facilitar pesquisa nos sistemas de informação.

Campo 12 - Código IBGE do Município de Residência: Preencher com o código do IBGE do município de residência do paciente.

Campo 13 - UF: Preencher com a sigla do estado (unidade da federação - UF). Utilizar a sigla de duas letras.

Campo 14 - CEP: Preencher com o Código de Endereçamento Postal (CEP) específico do logradouro de residência. Não deve ser registrado o código genérico.

MEDICAMENTO (S) SOLICITADO(S)

Campo 15, letras A, B, C, D e E - Código (s) do(s) medicamento(s): Preencher respectivamente com o(s) código(s) do(s) medicamentos, de acordo com a tabela SIA/SUS, para o(s) qual(ais) está sendo solicitado a autorização.

Campo 16, letras A, B, C, D e E - Nome do medicamento: Preencher respectivamente com o(s) nome(s) do(s) medicamento(s) - de acordo com a Tabela do SIA/SUS para o (s) qual (ais) está sendo solicitado a autorização.

Campo 17, letras A, B, C, D e E - CID 10 Principal (obrigatório): Preencher respectivamente com o(s) CID-10 que autoriza a dispensação do medicamento conforme regulamentação específica do Componente.

Campo 18, letras A, B, C, D e E - CID 10 Secundário: Preencher respectivamente com o (s) CID-10 que complementa a informação do quadro clínico que motivou a prescrição do medicamento, quando for o caso.

DADOS COMPLEMENTARES

Campo 19 - Dados Clínicos gerais do paciente: Preencher com os seguintes dados do(a) paciente: peso em Kg, altura em metro, assinalar com um "X" se é transplantado (a) e com a quantidade de transplante, assinalar com um "X" se é gestante.

Para os pacientes portadores de Coagulopatias complementar com os registros dos seguintes dados:

Classificação das Hemofilias: Assinalar com X no quadro indicativo das classificações baseadas no Manual de Tratamento das Coagulopatias Hereditárias Ministério da Saúde:

Hemofilia Leve - paciente com resultados da dosagem sanguínea de fatores VIII/IX com valores menores de 0,01UI/ml.

Hemofilia Moderada - paciente com resultados da dosagem de sanguínea de fatores VIII/IX com valores entre 0,01 UI/ml a 0,05 UI/ml.

Hemofilia Grave - paciente VIII/IX com valores maiores de 0,05 e menor que 0,40 UI/ml.

Inibidor - Identifica a presença de anticorpos circulantes capazes de inativar um ou mais fatores de coagulação.

Assinalar com um X nos quadros indicativos se:

Ausente

Título de inibidor menor de 5 UNIDADES BETHESDA (UB).

Título de inibidor igual ou maior de 5 UNIDADES BETHESDA (UB).

Campo 20 - Quantidade: Preencher com as quantidades mensais de medicamentos a serem administrados.

JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)

Campo 21 - Preencher com a descrição do diagnóstico.

Observações: Este campo deve ser preenchido com os principais sinais e sintomas clínicos apresentados pelo paciente.

Incluir dados do exame físico, das condições clínicas do paciente que justificam a solicitação dos medicamentos.

Campo 22 - Assinalar com X se foram realizadas provas diagnósticas/exames, seguindo os critérios estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para inclusão ou monitoramento do paciente no tratamento.

SOLICITAÇÃO

Campo 23 - Nome do Profissional Solicitante: Preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento, que deve estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.

Campo 24 - Data da Solicitação: Preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 25 - Documento: Assinalar com um "X" no campo correspondente ao CNS ou CPF que será utilizado como identificação pelo profissional solicitante.

Campo 26 - N° Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante: Preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) utilizado como identificação pelo profissional solicitante.

Campo 27 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho): Assinatura, carimbo com número de registro no Conselho de Classe do profissional solicitante.

AUTORIZAÇÃO

Campo 28 - Nome do Profissional Autorizador: Preencher com o nome completo do profissional autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES da unidade autorizadora/órgão emissor.

Campo 29 - Cód. do Órgão Emissor: Preencher com o código do Órgão Emissor, em conformidade com a Portaria SAS/MS no-637, de 11 de novembro de 2005.

Campo 30 - Documento: Assinalar com um "X" no campo correspondente do CNS ou CPF utilizado pelo Autorizador.

Campo 31 - N° Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador: Preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) utilizado pelo profissional autorizador.

Campo 32 - Data da Autorização: Preencher com a data da autorização, colocando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 33 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho): O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 34 - Reservado para registrar o número da APAC quando autorizada. O Ministério da Saúde recomenda a utilização de aplicativo para emissão e controle da numeração magnética das APAC, seja por meio do Módulo Autorizador disponibilizado pelo DATASUS/MS, ou aplicativo próprio de que o gestor disponha.

Campo 35 - Período de Validade: Registrar as datas no formato dd/mm/aaaa de início e fim do período de validade da APAC, de acordo com portarias específicas.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Campo 36 - Nome do Estabelecimento Executante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento de saúde executante, ou seja, que dispensa o medicamento.

Campo 37 - CNES: Preencher com o número do CNES do estabelecimento de saúde executante.