

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO LME

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF/MS

O Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME) é um documento obrigatório para acesso aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este material tem como objetivo orientar os profissionais prescritores quanto ao correto preenchimento do LME, a fim de evitar indeferimentos por inconsistências ou informações incompletas.

BASE LEGAL

- Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 (Anexo XXVIII – CEAF)
- Normativas vigentes do Ministério da Saúde

VALIDADE DO LME

- O LME possui validade de 90 dias a partir da data de preenchimento pelo médico.

QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS

- Cada LME pode conter até 6 medicamentos para a mesma condição clínica.
- Caso necessário, deve ser preenchido novo LME para o mesmo CID-10.

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

- Preencher um LME para cada CID-10.
- Utilizar a Denominação Comum Brasileira (DCB).
- Não são permitidas rasuras ou emendas.

- O CNS do médico deve estar vinculado ao CNES do estabelecimento.

PREENCHIMENTO DO LME – CAMPOS DO MÉDICO (1 A 17)

Campo 1 – CNES: código do estabelecimento de saúde

Campo 2 – Estabelecimento: nome da unidade de saúde

Campo 3 – Paciente: nome completo, sem abreviações

Campo 4 – Nome da mãe: completo

Campo 5 – Peso: em kg

Campo 6 – Altura: em cm

Campo 7 – Medicamento: conforme SIGTAP

Campo 8 – Quantidade: para 1 mês de tratamento

Campo 9 – CID-10: código da doença

Campo 10 – Diagnóstico: conforme CID

Campo 11 – Anamnese: histórico clínico

Campo 12 – Tratamento prévio: descrever esquemas utilizados

Campo 13 – Capacidade: indicar se paciente é capaz ou responsável

Campo 14 – Médico: nome completo

Campo 15 – CNS do médico

Campo 16 – Data (dd/mm/aaaa)

Campo 17 – Assinatura e carimbo

PREENCHIMENTO COMPLEMENTAR (18 A 23)

Campo 18 – Responsável pelo preenchimento

Campo 19 – Raça/cor

Campo 20 – Telefone

Campo 21 – CPF ou CNS do paciente

Campo 22 – E-mail

Campo 23 – Assinatura do responsável