

3- Nome completo do Paciente* _____

4- Nome da Mãe do Paciente* _____

5-Peso do paciente* Campo 5 - Peso: preencher com o peso atual do paciente, em quilogramas.

--	--	--

6-Altura do paciente* Campo 6 - Altura: preencher com a altura atual do paciente, em centímetros.

--	--	--

Dados importante para medicamentos dependentes de peso, altura com alvo terapeutico e aumento de peso como efeito adverso.

Campo 7 - Medicamento: preencher com o(s) nome(s) do(s) medicamentos(s) solicitado(s), de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB).

DCB é a denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária (Lei n.º 9.787/1999).

Os nomes dos medicamentos, conforme devem ser solicitados neste serviço, encontram-se acessíveis na página <http://www.saude.df.gov.br/medicamentos/> → Componentes da Assistência Farmacêutica → Componente Especializado → Relação de Medicamentos do Componente Especializado.

Ex.: HUMIRA® (nome comercial)

LME e Prescrição Médica solicitar como: Adalimumabe 40mg

7- Medicamento(s)*	
1	
2	
3	
4	
5	
6	

Campo 8 -

Quantidade solicitada: preencher com a quantidade do(s) medicamento(s) solicitado(s) para cada mês de tratamento.

8- Quantidade solicitada*					
1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês

Ex.: Atorvastatina 20mg → 1 cp por dia. Inserir 30 ou 31 em cada campo, dependendo da quantidade de dias do mês.

Adalimumabe 40mg → 1 seringa 1x na semana. Inserir 4 ou 5 em cada campo, dependendo dos dias de aplicação no mês.

Os medicamentos que são de uso intervalado, o mês que não houver uso deve ser colocado zero.

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).

Exemplo: Paciente tem diagnóstico de Neoplasia maligna da mama, não especificada – CID C50. 9

Solicita medicamento Morfina 10 mg em razão de dor oncológica. No LME deverá estar identificado no Campo 9 o CID de Dor (R52.1 ou R52.2).

Campo 10 - Diagnóstico: diagnóstico da doença que motivou a solicitação do(s) medicamento(s), descrito com base na denominação da CID-10.

9- CID-10*	10- Diagnóstico

A descrição do CID-10 deve conter os 3 (três) dígitos de identificação.

F20 - Esquizofrenia

Resultado(s) encontrado(s): **10**

CID 10 - F20	Esquizofrenia	X
CID 10 - F20.0	Esquizofrenia paranóide	
CID 10 - F20.1	Esquizofrenia hebefrênica	
CID 10 - F20.2	Esquizofrenia catatônica	
CID 10 - F20.3	Esquizofrenia indiferenciada	
CID 10 - F20.4	Depressão pós-esquizofrênica	
CID 10 - F20.5	Esquizofrenia residual	
CID 10 - F20.6	Esquizofrenia simples	
CID 10 - F20.8	Outras esquizofrenias	
CID 10 - F20.9	Esquizofrenia não especificada	Não contemplado pelo protocolo federal.

Importante:

- Nem todos os CIDs estão padronizados para retirar o medicamento, conforme exemplo acima. Verifique os CIDs contemplados na Relação de Doenças Atendidas no CEAF (Alto Custo) X Medicamentos Ofertados no SUS.
- Na renovação da continuidade de tratamento deve-se manter o CID do processo inicial. Caso haja necessidade de mudança para melhor adequação ao quadro clínico do paciente deverá ser encaminhado um relatório com justificativa.

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.

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 dos campos 18, 19, 20, 21, 22 e 23.