



E-GUIA

Prescrição SUS

Dr. Alexandre Olimpio

CRM-DF 23.962

Cardiologia RQE Nº 14.884;
Medicina Intensiva RQE Nº 14.881;
Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC);
Especialista em Terapia Intensiva pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB);
MBA em Gestão em Saúde pelo Instituto COPPEAD de Administração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (COPPEAD-UFRJ)

Documentação necessária

Anexo 1. Exemplo de preenchimento de relatório médico

Anexo 2. Exemplo de preenchimento de receita médica

Anexo 3. Exemplo de preenchimento de solicitação de exames complementares

Como eu devo preencher o LME?

Etapas do preenchimento do LME

Erros mais comuns de preenchimento do LME

Renovação da LME

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA



E-GUIA

Prescrição SUS

Prezado Dr.(a) é com muita satisfação que apresentamos o **e-Guia Prescrição SUS**.

Este guia irá auxiliá-lo(a) para que possa garantir o correto preenchimento de toda a documentação e os exames necessários para que o seu paciente possa retirar **Entresto®** (sacubitril/valsartana) na farmácia de alto custo.

Perfil de paciente com indicação para o uso de Entresto® (sacubitril/valsartana):

- Idade inferior a 75 anos;
- Classe funcional New York Heart Association (NYHA) II;
- Fração de ejeção reduzida ($\leq 35\%$);
- Peptídeo natriurético tipo B (BNP) > 150 ou fragmento N-terminal do BNP (NT-ProBNP) > 600 ;
- Em tratamento otimizado (uso de doses máximas toleradas dos medicamentos preconizados – IECA ou ARA II, betabloqueadores, espironolactonas e doses adequadas de diuréticos em caso de congestão);
- Sintomáticos (sintomas como dispneia aos esforços, sinais de congestão e piora clínica com internações recentes).

Dose inicial recomendada: 24 mg/26 mg 2 x/dia.

Pacientes que já usam doses elevadas de IECA ou ARA II e apresentam pressão arterial sistêmica acima de 100 mmHg, dose inicial recomendada 49 mg/51 mg 2 x/dia.

O aumento da dosagem poderá acontecer a cada 2 ou 4 semanas, até a dose alvo de 97 mg/103 mg 2 x/dia.

A documentação necessária para a entrada no processo:

- Laudo de Medicamento Especializado (LME);
- Relatório médico detalhado informando o quadro clínico do paciente de acordo com as Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida Ministério da Saúde (Anexo 1);
- Receita médica em duas vias (Anexo 2);
- Cópia de exames de acordo com as Diretrizes Brasileiras (Anexo 3);*
- Cópia de documento de identidade do paciente com comprovante de residência;
- Termo de esclarecimento e responsabilidade (quando exigido).

As documentações necessárias podem sofrer algumas alterações dependendo do estado. Consulte a publicação no site da Secretaria de Estado de Saúde do seu estado.

* Exames obrigatórios: Ecocardiograma transtorácico e dosagem de BNP ou NT- ProBNP.

Anexo 1. Exemplo de preenchimento de relatório médico

Paciente _____, idade ____anos, portador de insuficiência cardíaca congestiva (CID 10 - I50.0) há ____ (tempo), que apesar de tratamento otimizado (máximo tolerado) com carverdilol ____ mg 2 x/dia, enalapril ____ mg 2 x/dia, furosemida 40 mg __/dia, espironolactona ____ mg 1 x/dia (ou outros tratamentos), continua sintomático, em classe funcional (CF) NYHA II, apresentando dispneia aos esforços, sinais de congestão e deterioração clínica com necessidade de internação.

Exames:

- Ecocardiograma transtorácico demonstrando fração de ejeção (FE) \leq 35%.
- BNP > 150 ou NT-Pro BNP > 600.
- Solicito início de tratamento com sacubitril/valsartana.

Anexo 2. Exemplo de preenchimento de receita médica

Paciente: _____

USO ORAL:

1) Sacubitril/valsartana

- 24 mg/26 mg
- 49 mg/51 mg
- 97 mg/103 mg

1 comprimido de 12/12 h (uso contínuo)

Anexo 3. Exemplo de preenchimento de solicitação de exames complementares

Solicito:

- Ecocardiograma transtorácico com Doppler
- Dosagem sérica de BNP
- Dosagem sérica de NT-ProBNP

Indicação:

- CID I50.0 - Insuficiência cardíaca congestiva
- CID I50.1 - Insuficiência ventricular esquerda
- CID I50.9 - Insuficiência cardíaca não especificada
- Avaliação de fração de ejeção do ventrículo esquerdo

Laudo de medicamento especializado (LME)

O LME está disponível no site da Secretaria Estadual de Saúde do seu estado. Esse documento poderá ser preenchido eletronicamente no próprio site (e posteriormente impresso para que possa ser assinado e carimbado); ou ser impresso e preenchido manualmente.



Clique ou acesse o QR Code para fazer o download do formulário

Como eu devo preencher o LME?

- O médico deve preencher os campos de 1 a 17;
- O paciente, seu responsável ou o médico solicitante deverá preencher os campos de 18 a 23;
- Cada LME contempla somente um CID (Ex.: I50.0);
- Caso o paciente seja portador de uma outra doença que precise retirar medicamento na farmácia do CEAF, se faz necessário o preenchimento de outro LME.

Meior visualizado no programa "Acrobat Reader 8" ou versão posterior. Clique aqui para fazer o download.

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES* 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente* 4- Nome da Mãe do Paciente* 5- Peso do paciente* kg 6- Altura do paciente* cm

7- Medicamento(s)* 8- Quantidade solicitada*
1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês

9- CID-10* 10- Diagnóstico

11- Anamnese*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

NÃO SIM. Relatar:

13- **Atestado de capacidade***
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?
 NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* 17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitação* Hoje

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR***: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante
 Outro, informar nome: _____ e CPF _____

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*
 Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia: _____
 Parda Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente
 CPF ou CNS

22- Correo eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO

CEAF, componente especializado da assistência farmacêutica.

Para suporte, entre em contato pelo: ceaf.daf@saude.gov.br

Etapas do preenchimento do LME

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)	
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)	
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE	
1-Número do CNES*	2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante
3- Nome completo do Paciente*	5-Peso do paciente* kg
4- Nome da Mãe do Paciente*	6-Altura do paciente* cm

Todos os **campos que contêm asterisco são de preenchimento obrigatório**. O não preenchimento é motivo para que o paciente não receba o medicamento.

Campos 1 a 17 são de preenchimento do médico solicitante

Caso o médico opte por fazer o **preenchimento manualmente, garantir que a letra esteja legível e que todos os campos sejam preenchidos por caneta da mesma cor e tipo**. Diferentes grafias e canetas da mesma cor (mas que apresentem tonalidades diferentes) são motivos de recusa do documento.

Campo 1 – Número do CNES (obrigatório)

Preencher com o número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), caso não tenha essa informação, acesse o site <<http://cnes.datasus.gov.br/>> e pesquise conforme abaixo:

The screenshot displays the CNES website interface. At the top, there is a blue header with the CNES logo and the text 'Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde'. Below the header, there are navigation tabs: 'ACESSO RÁPIDO' and 'Consultas'. Under 'Consultas', there are sub-tabs for 'Consultas', 'Cronograma', 'Desativar Cadastro', and 'Obter CNES'. Under 'Estabelecimentos', there are sub-tabs for 'Estabelecimentos' and 'Profissionais'. The 'Estabelecimentos' sub-tab is selected. Below the navigation, there is a search section titled 'CONSULTA ESTABELECIMENTO - IDENTIFICAÇÃO'. It includes a 'Atende SUS' filter with options 'Todos', 'Sim', and 'Não'. There are dropdown menus for 'Estado', 'Município', 'Gestão', and 'Natureza Jurídica(Grupo)'. A search button labeled 'Pesquisar' is located below the filters. At the bottom, there is a table with columns: 'UF', 'Município', 'CNES', 'Nome Fantasia', 'Natureza Jurídica(Grupo)', 'Gestão', 'Atende SUS', and 'DETALHES'. The table is currently empty. There are also options for 'Nome Fantasia' and 'Nome Empresarial' and a 'Registros por Página' dropdown set to '10'.

Campo 2 – Nome do estabelecimento de saúde solicitante

É possível utilizar o nome fantasia do estabelecimento.

Campo 3 – Nome completo do paciente (obrigatório)

Campo 4 – Nome da mãe do paciente (obrigatório)

Campo 5 – Peso atual do paciente em kg (obrigatório)

Campo 6 – Altura atual do paciente em cm (obrigatório)

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)	
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)	
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE	
1-Número do CNES*	2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante
3- Nome completo do Paciente*	5-Peso do paciente* kg
4- Nome da Mãe do Paciente*	6-Altura do paciente* cm

Campo 7 – Medicamento (obrigatório)

Preencher usando o nome do princípio ativo do medicamento, pois é desta forma que ele se encontra no sistema do SUS.

Este campo deve ser preenchido obrigatoriamente.

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

Campo 8 – Quantidade solicitada (obrigatório)

Preencher com a quantidade de medicamento a ser utilizada a cada mês de tratamento (Ex.: 62 comprimidos).

Cada LME permite que o paciente tenha o medicamento dispensado pelo período de 6 meses.

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

Campo 9 – CID 10 (obrigatório)

Preencher com o número do CID 10, que deve conter letra e três números (grupo e subgrupo). Ex.:

- I50.0 - Insuficiência cardíaca congestiva;
- I50.1 - Insuficiência ventricular esquerda;
- I50.9 - Insuficiência cardíaca não especificada.

Campo 10 – Diagnóstico

Preencher com o nome da doença de acordo com o CID 10.

Ex.: Insuficiência cardíaca congestiva.

9- CID-10*	10- Diagnóstico
------------	-----------------

Campo 11 - Anamnese (obrigatório)

Preencher com o **histórico do paciente que levou à indicação do uso do medicamento**, garantindo que as informações descritas estejam em conformidade com o PCDT.

11- Anamnese*

Campo 12 - Paciente realizou algum tratamento prévio ou está em tratamento da doença? (obrigatório)

Assinalar a opção “Sim” e em “Relatar” **preencher todos os medicamentos que o paciente com insuficiência cardíaca congestiva utiliza**: IECA, ARA II, diuréticos, antagonista da aldosterona, betabloqueador, digitálico etc. Esse campo é essencial no preenchimento, pois **caracteriza que o paciente está refratário ao tratamento otimizado**.

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar:

Campo 13 - Atestado de capacidade (obrigatório)

Os pacientes devem solicitar o medicamento, entretanto eles podem estar incapazes de fazê-lo caso preencham uma das seguintes condições:

- Sejam menores de 16 (dezesseis) anos;
- Aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o discernimento necessário para a prática desses atos ou que não puderem exprimir sua vontade, mesmo que transitória;
- Ébrios habituais; viciados em tóxicos; ou aqueles que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;
- Os pródigos;
- Aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade.

O médico deverá preencher se o paciente é considerado incapaz, e em caso positivo, preencher o nome do responsável do paciente que realizará a solicitação do medicamento. Existindo duas pessoas responsáveis, preencher com os dois nomes.

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

_____ Nome do responsável

Campo 14 – Nome do médico solicitante (obrigatório)

Preencher com o nome do médico que, idealmente, deverá estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.

14- Nome do médico solicitante* _____

Campo 15 – Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante (obrigatório)

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* _____

Esse número pode ser localizado no site <<http://cnes.datasus.gov.br/>> por meio de pesquisa, conforme a imagem abaixo:

ACESSO RÁPIDO

Consultas

Consultas

Cronograma

Desativar Cadastro

Estabelecimentos

Profissionais

CONSULTA PROFISSIONAL

Vínculo:

Geral Mais 2 Vínculos Públicos Mais 5 Vínculos Particulares CHS Superior a 168 Horas Equipe Mais de 3 Vínculos

Pesquisar

Registros por Página: 10

CNS	NOME PROFISSIONAL	DETALHES
-----	-------------------	----------

Campo 16 – Data da solicitação (obrigatório)

Preencher com a data da solicitação no formato dd/mm/aaaa.

Após o preenchimento, o paciente ou responsável terá até 60 dias (alguns estados concedem até 90 dias) para dar entrada com o pedido.

16- Data da solicitação*
 Hoje

Campo 17 – Assinatura e carimbo do médico (obrigatório)

17- Assinatura e carimbo do médico*

Campos 18 a 23 são de preenchimento pelo paciente, responsável ou médico solicitante

Caso o preenchimento seja feito de forma manual, é importante que a letra esteja legível e sem rasuras.

Campo 18 – Campos abaixo preenchidos por (obrigatório)

O responsável pelo preenchimento dos campos 19 a 23 deverá se assinalado.

18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante
 Outro, informar nome: _____ e CPF

Campo 19 – Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável (obrigatório)

Preencher a raça/cor do paciente. 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.

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*
 Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia: _____
 Parda Sem informação

Campo 20 – Telefone(s) para contato do paciente

20- Telefone(s) para contato do paciente

Campo 21 – Número do documento do paciente

Preencher com o número do CPF ou CNS do paciente.

21- Número do documento do paciente
 CPF ou CNS

Campo 22 – Correio eletrônico (e-mail) do paciente

22- Correio eletrônico do paciente

Campo 23 – Assinatura do responsável pelo preenchimento

O responsável pelo preenchimento dos campos 18 a 22 deverá assinar este campo.

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

Erros mais comuns de preenchimento do LME

- Preenchimento manual com canetas de tintas diferentes;
- Letras diferentes nos campos de preenchimento manual do médico;
- Rasuras;
- Uso de corretivo;
- Falta de informações de altura e peso;
- Letra ilegível;
- CID não contemplado.

Renovação da LME

Caso o paciente tenha indicação de continuar o tratamento, a cada 6 meses será necessário o preenchimento de novo LME seguindo as mesmas orientações do laudo de entrada.

A documentação necessária para renovação:

- LME;
- Receita médica em duas vias;
- Exames de evolução do tratamento, caso sejam necessários.

BR-14981

Material com informações Técnicas e Científicas destinado a profissionais de saúde, auditores e gestores de saúde. Produzido pela Novartis em abril/2021.

2021 - © - Direitos Reservados - Novartis Biociências S/A - Proibida a reprodução total ou parcial sem a autorização do titular.



Novartis Biociências S.A.
Setor Farma - Av. Prof. Vicente Rao, 90
São Paulo, SP - CEP 04636-000
www.novartis.com.br

www.portal.novartis.com.br

SIC - Serviço de informação ao Cliente
0800 888 3003
sic.novartis@novartis.com