


ANEXO IV – Laudo de solicitação de medicamentos do componente especializado (LME)

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Estado da Saúde						
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA						
LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)						
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)						
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE						
1-Número do CNES* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <input type="text"/>						
3- Nome completo do Paciente* <input type="text"/>						
4- Nome da Mãe do Paciente* <input type="text"/>						
5- Peso do paciente* <input type="text"/> <input type="text"/> kg						
6- Altura do paciente* <input type="text"/> <input type="text"/> cm						
7- Medicamento(s)*						
8- Quantidade solicitada*						
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1						
2						
3						
4						
5						
6						
9- CID-10* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
10- Diagnóstico <input type="text"/>						
11- Anamnese* <input type="text"/>						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input type="text"/>						
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? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento <input type="text"/> <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>						
14- Nome do médico solicitante* <input type="text"/>						
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
16- Data da solicitação* <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>						
17- Assinatura e carimbo do médico* <input type="text"/>						
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: <input type="text"/> e CPF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação						
20- Telefone(s) para contato do paciente <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
22- Correio eletrônico do paciente <input type="text"/>						
23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* <input type="text"/>						

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO