CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Nota Informativa

Informações sobre atualização do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Procedimento Ambulatorial (LME) e parametrização no Sistema Hórus

20 de setembro de 2022

Nº 24

Nota Informativa

Informações sobre atualização do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Procedimento Ambulatorial (LME) e parametrização no Sistema Hórus

CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

20 de setembro de 2022 | Nº 24

APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE), através da Secretaria Executiva de Políticas de Saúde (SEPOS), por meio da Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica (COPAF), com apoio da Coordenadoria de Logística de Recursos Biomédicos (COLOB), vem por meio desta Nota orientar os serviços de saúde quanto a atualização do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Procedimento Ambulatorial (LME) e parametrização no Sistema Hórus

CONSIDERAÇÕES

Considerando a Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando que a referida portaria em sua Seção I - Da Solicitação, traz no Art. 27 que a solicitação corresponde ao pleito por medicamentos, pelo paciente ou seu responsável, em um estabelecimento de saúde definido nos termos do art. 24 e no § 1º diz que para a solicitação, será obrigatória a presença do paciente ou seu responsável e a apresentação de alguns documentos dentre eles o Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;

Considerando que o Sistema Hórus Especializado utilizado para registrar o fluxo de medicamentos em toda a rede estadual que gerencia o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, possibilitando a realização eletrônica de todas as etapas envolvidas na execução do componente.

Nota Informativa

Informações sobre atualização do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Procedimento Ambulatorial (LME) e parametrização no Sistema Hórus

CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

20 de setembro de 2022 | Nº 24

INFORMAÇÕES

O Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Procedimento Ambulatorial foi atualizado com a exclusão da opção “99 - Sem informação” no campo Raça/Cor, em atendimento ao Ofício n° 65/2022/CGSI/DRAC/SAES/MS, que versou a respeito da atualização da Tabela de Raça/Cor no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), bem como nos subsistemas de coleta (BPA, APAC, RAAS e SISAIH01).

Dessa forma houve também atualização no campo 19- Raça/Cor/Etnia (informado pelo paciente ou responsável*) do LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO -LME (ANEXO I), que possui caráter obrigatório no preenchimento. O Laudo Médico Especializado(LME) com a referida modificação pode acessado e impresso por meio do linkhttps://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/03/Laudo-de-Solicitacao-Avaliacao-e-Autorizacao-de-Medicamentoss-LME.pdf

Informa-se também que o procedimento para exclusão da opção “99 - Sem informação” no campo Raça/Cor no Sistema de Gestão da Assistência Farmacêutica - Hórus Especializado (ANEXO II) já foi iniciado e encontra-se em atendimento pela fábrica de software do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS). A atualização definitiva estará disponível a partir de 01 de outubro de 2022.

As unidades executoras do CEAF, precisam atualizar **IMEDIATAMENTE** o cadastro do usuário no sistema Hórus perguntando a **TODOS** os usuários cadastrados, como ele se declara em relação à raça/cor (branca, preta, amarela, parda ou indígena).

Estas Coordenações encontram-se à disposição para informações adicionais, por meio dos seguintes endereços eletrônicos copaf.sesa@gmail.com e ceaf.ce@gmail.com

Ressaltamos que esta Nota Informativa poderá ser revista a qualquer tempo, desde que a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE) julgue necessário.

ELABORAÇÃO

.Fernanda França Cabral – Farmacêutica – Coordenadora da COPAF/SEPOS

· Mariana Maia Martins Evangelista – Farmacêutica – Coordenadora da COLOB/SEAFI

· Evanézia de Araújo Oliveira – Farmacêutica – Gerente técnica da COPAF/SEPOS

Melhor 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*

5- Peso do paciente* kg

4- Nome da Mãe do Paciente*

6- Altura do paciente* cm

Digitar manualmente | Listar medicamentos

	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*

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*

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

16- Data da solicitação* Hoje

17- Assinatura e carimbo do médico*

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

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

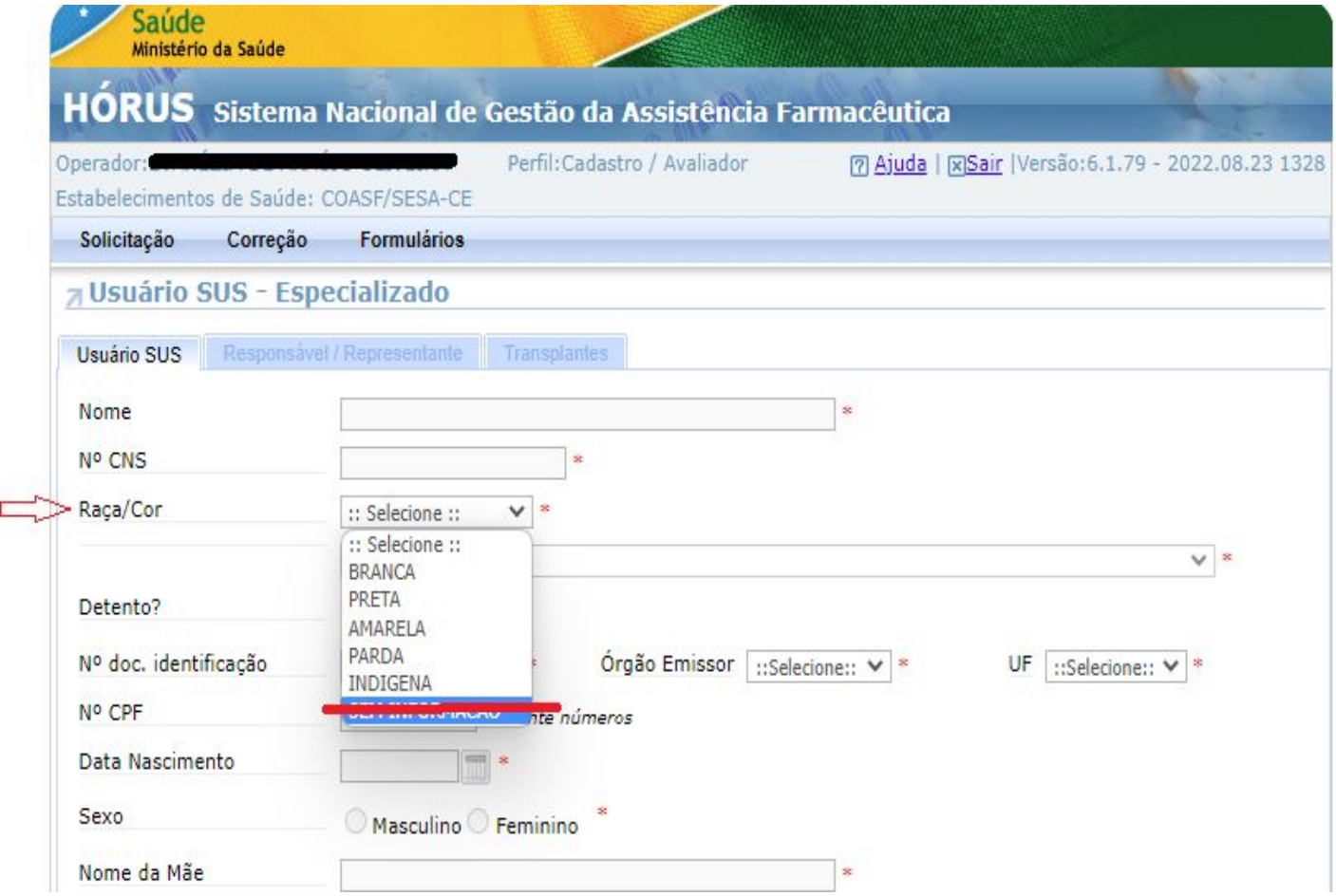
☐ CPF ou ☐ CNS

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

*** CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

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


Saúde
Ministério da Saúde
HÓRUS Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
Operador:
Perfil:Cadastro / Avaliador
Ajuda | Sair |Versão:6.1.79 - 2022.08.23 1328
Estabelecimentos de Saúde: COASF/SESA-CE
Solicitação
Correção
Formulários
Usuário SUS - Especializado
Usuário SUS
Responsável / Representante
Transplantes
Nome
Nº CNS
Raça/Cor
:: Selecione ::
:: Selecione ::
BRANCA
PRETA
AMARELA
PARDA
INDIGENA
Detento?
Nº doc. identificação
Órgão Emissor
::Selecione::
UF
::Selecione::
Nº CPF
Data Nascimento
Sexo
Masculino
Feminino
Nome da Mãe

CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA **SAÚDE**

www.**saude.ce**.gov.br
/saudeceara