Carimbo e assinatura

Sr. Médico, favor assinar e carimbar todas as 4 folhas.

RELATORIO MÉDICO - MEDICAMENTOS

Nome do paciente:_____

CPF: _____._____._____ - _____

Nome do Médico: _____ CRM Nº. : _____

Data: ____/_____/20_____

Com relação ao tratamento do paciente, devem ser consideradas as seguintes peculiaridades:

1 - De acordo com a tabela abaixo, os códigos correspondentes às doenças que acometem o paciente são:

Doença	Código (CID)

2 – A doença (s) que acomete(m) o paciente demanda o(s) seguinte(s) medicamento(s), de acordo com o quadro abaixo:

Doença	Medicamentos
	MD01-
	MD02-
	MD03-
	MD04-
	MD05-
	MD06-
	MD07-
	MD08-

3 – Antes de serem prescritos os medicamentos listados acima, já foram tomadas as seguintes medidas médicas indicadas abaixo:

Medidas médicas alternativas tentadas sem sucesso:

Carimbo e assinatura

Sr. Médico, favor assinar e carimbar todas as 4 folhas.

4- Não foram tentadas outras medidas médicas alternativas, em razão dos seguintes motivos: (explicar minuciosamente sem o emprego de abreviações).

5 – O medicamento prescrito é fornecido pelo SUS (incluído na assistência farmacêutica do setor público, como medicamento de dispensação excepcional, medicamento estratégico ou medicamento básico) para a hipótese do paciente. ( )Sim ( ) Não. Justificativa:

6 – Considerando o peculiar quadro do paciente, pode ser substituído por algum medicamento disponível no SUS que possua a mesma eficácia? ( ) Sim ( ) Não. Justificativa :

7 – Possui similares no mercado? ( ) Sim ( ) Não

Carimbo e assinatura

Sr. Médico, favor assinar e carimbar todas as 4 folhas.

8 – Finalidade específica dessa medicação:

9- Há consenso médico para o tratamento da doença que acomete o paciente com o medicamento (informar nome) o medicamento prescrito?

10 – O medicamento a ser ministrado no paciente é imprescindível?

( ) Sim ( ) Não.

É urgente?

( ) Sim ( ) Não.

11 – A ausência de fornecimento do medicamento acima poderá ocasionar ao paciente as seguintes consequências:

( ) Risco de morte
( ) perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas
( ) Grave comprometimento do bem estar
( ) Outras

Explicação da(s) consequência(s) acima:

Carimbo e assinatura

Sr. Médico, favor assinar e carimbar todas as 4 folhas.

12 – Especificar quadro clínico/ peculiaridades do paciente e demais considerações:

13 – Posologia detalhada: Como deve ser fornecida a medicação. Especificar se deve ser fornecida na seguinte apresentação: (ex. comprimidos/utilização), na seguinte quantidade, na seguinte concentração e na seguinte periodicidade:

( ) COMPRIMIDOS
( ) ORAL
( ) EV OU SC ?
( ) OUTRA
( ) QUANTIDADE (COMPRIMIDOS, VIDROS, AMPOLAS) POR MÊS.
( ) CONCENTRAÇÃO (DE CADA UNIDADE)
TRATAMENTO CONTÍNUO? ( ) SIM ( ) NÃO
TRATAMENTO POR CICLO? ( ) SIM ( ) NÃO (ESPECIFICAR) _____ _____ _____
OUTRAS ESPECIFICAÇÕES: