**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:  |
|  |
|  |
|  |

**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**

**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:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**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: |