

RELATÓRIO MÉDICO - MEDICAMENTO

1. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

1.1. Nome do profissional:

1.2. CRM-DF::

1.3. Especialidade:

1.4. Hospital, centro ou clínica no qual atende o paciente:
.....

2. DADOS DO(A) PACIENTE

2.1. Nome do(a) paciente:

2.2. Data de nascimento do(a) paciente:/...../.....

2.3. Sexo: () Masculino () Feminino

3. SOBRE A ENFERMIDADE

3.1. Enfermidade CID:

3.2. Histórico da doença principal:

3.3. Quais os exames realizados para confirmação do diagnóstico?

3.4. Descrever os tratamentos com medicamentos e procedimentos já realizados que sejam relevantes para a compreensão do quadro clínico atual.

3.4.1. Quais os resultados obtidos com os tratamentos anteriores (especialmente os medicamentosos)? Por que foi interrompido o uso? Descreva detalhadamente a ocorrência de eventos adversos com tratamentos pregressos.

3.5. Descrever as condições gerais e estado clínico atual do(a) paciente.

3.6. Há doença secundária? Especifique.

4. SOBRE O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO RECOMENDADO

4.1. Qual(is) o(s) medicamento(s) recomendado(s):

4.2. Descreva porque o medicamento é imprescindível ao tratamento e as possíveis consequências da falta dele ao paciente. (informação muito relevante)

4.3. Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na ausência desta, a Denominação Comum Internacional – DCI: Se possível, especificar o nome genérico e o nome de referência:

4.4. Forma farmacêutica:

4.5. Dose:

4.6. Forma de administração:

4.7. Duração do tratamento, se o caso:

4.8. O medicamento prescrito está registrado na Anvisa para o uso recomendado? () Sim () Não

4.9. Trata-se de prescrição com indicação incluída na bula ou fora dela (uso *off label*)?

() Incluído na bula () Fora da Bula (*off label*)

4.10. Existe medicamento com atividade terapêutica similar oferecido pelo SUS?

() Sim () Não. Em caso positivo, qual(is)?

4.11. PREENCHER NO CASO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO:

Marque a alternativa que se aplica ao caso: (informação muito relevante)

☐ É o único tratamento existente. Favor justificar.

☐ As opções existentes no SUS foram usadas e não foram eficazes (descrever abaixo as opções usadas e a razão de não serem mais efetivas para o tratamento)

☐ As opções disponíveis no SUS são contraindicadas. (descrever abaixo as razões da contraindicação)

☐ Outro motivo. Especificar:

5. SOBRE A EVENTUAL URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO TRATAMENTO

5.1. Há urgência ou emergência no acesso ao medicamento? ☐ Sim ☐ Não

5.2. Qual a justificativa para indicar urgência ou emergência? (informação muito relevante)

5.3. Há perigo de vida? ☐ Sim ☐ Não

5.4. A não-realização do tratamento provoca ou acentua:

- Sofrimento psíquico? ☐ Sim ☐ Não - Dores físicas? ☐ Sim ☐ Não

- Incapacidade laboral? ☐ Sim ☐ Não

- Risco de debilidade ou perda de membro, sentido ou função? () Sim () Não
- Risco de deformidade permanente() Sim () Não

6. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES QUE O PRESCRITOR JULGAR IMPORTANTES

Recomenda-se, quando couber, a inclusão de exames complementares, que comprovem o diagnóstico firmado pelo prescritor; que demonstre a evolução clínica do paciente; que evidenciem eventos adversos e as falhas de tratamentos realizados anteriormente ; que atestem o estágio da doença.

Data:/...../.....

Assinatura e carimbo/CRM do(a) Prescritor(a)