(MEDICAMENTO FORA DA LISTA DO SUS)

3. O(s) medicamento(s)/tratamento(s) prescrito(s) é(são) disponibilizado(s) pelo SUS para a(s) doença(s) do paciente? Sim () Não ()

4. Caso a resposta para o item "5" seja "Não", devem ser respondidos os seguintes questionamentos:

4.1. O(s) medicamento(s) tem(têm) registro na ANVISA? Sim () Não()

4.2. O(s) medicamento(s) é(são) disponibilizado(s) para outra(s) doença(s)? Sim ()
Não ()

Se sim, deve ser explicitado qual(is) o(s) tratamento(s) ofertado(s): _____

4.3. Existe(m) algum(ns) tratamento(s)/medicamento(s) disponibilizado(s) pelo SUS para esta(s) doença(s)? Sim () Não ()

Se sim, deve ser explicitado qual(is) o(s) tratamento(s) ofertado(s): _____

4.4. O (A) paciente já se submeteu ao(s) tratamento(s) ofertado(s) pelo SUS para esta(s) doença(s)?

() Sim. (Indicar quais os tratamentos e os motivos da sua ineficiência/ineficácia. Se existirem outros tratamentos disponibilizados pelo SUS, deve-se esclarecer por que não podem ser utilizados neste caso)

() Não. (Esclarecer qual a especificidade, no caso concreto, que justifica a concessão do medicamento não previsto na lista oficial)

4.5 O(s) medicamento(s) prescrito(s) é imprescindível(eis) para o(s) tratamento(s)? Sim ()
Não()

Se sim, deve ser explicitado por que somente este(s) medicamento(s) é(são) eficaz(es) para o (a) paciente: _____

4.6. O(s) fornecimento(s) do(s) medicamento(s)/tratamento(s) é urgente? Sim() Não ()
() Quais as consequências da não utilização deste(s) tratamento(s)/medicamento(s) pelo(a) paciente?

4.7. Existe comprovada eficácia terapêutica do(s) medicamento(s) prescrito(s)?

() sim () não.

(MEDICAMENTO FORA DA LISTA DO SUS)

O(s) medicamento(s)/tratamento(s) prescrito(s) encontra(m)-se indicado(s)/previsto(s) nos protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)/ Diretrizes Diagnóstico Terapêuticas (DDT) do Ministério da Saúde ou em alguma listagem/protocolo estadual? Sim () Não (). Se sim, indicar _____

4.8. O(s) tratamento(s) prescrito(s) consta de Protocolos Clínicos de Sociedades Médicas Nacionais/Internacionais? Em caso positivo, encaminhar cópias do protocolos, indicando suas fontes.

4.9. Existe(m) outra(s) alternativa(s) terapêutica(s) para o(s) tratamento(s) desta(s) doença(s) que não seja(m) disponibilizada(s) pelo SUS? Sim () Quais? Não ()

5. Há algum conflito de interesse nesta prescrição? Não () Sim () Especificar.

(Art.20 do Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 1595/2000, Enunciado nº 58 da II Jornada de Direito da Saúde do CNJ)

Local de atendimento PELO SUS: _____, _____/CE
(Cidade)

_____/_____/_____ (data)

carimbo e assinatura

NOME DO MÉDICO (LETRA MAIÚSCULA E LEGÍVEL):

CRM: _____/____ RQE: _____/_____

AUTORIZAÇÃO

Declaro que autorizei o médico assistente a preencher e repassar as informações necessárias acerca do diagnóstico de minha patologia e tratamento.

Assinatura

Observação:

O presente relatório médico foi

**FÓRUM DA
SAÚDE DO CNJ**

**COMITÊ DA SAÚDE
DO CEARÁ**

aprovado em reunião do dia 31.03.2017 pelo Comitê Executivo da Saúde do Ceará, do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do CNJ. O modelo foi elaborado a partir de ampla discussão

e
n
t
r
e

t
o
d
o
c