CIRURGIA

DOCUMENTOS PESSOAIS (trazer originais):

- RG ou outro documento de identidade;
- CPF;
- Comprovante de endereço;
- CARTÃO DO SUS;
- Caso necessite de representante é preciso ser parente e trazer RG, CPF e comprovante de endereço ou outro doc que comprove o parentesco.

LAUDO MÉDICO ORIGINAL E LEGÍVEL DO SUS, CONSTANDO:

- A doença e/ou diagnóstico (de forma extensa e com CID);
- Informar se o paciente está restrito ao leito ou impossibilitado de comparecer em juízo;
- **Nome da cirurgia** que o paciente necessita, por extenso e de acordo com a tabela do SUS (SIGTAP);
- Se a cirurgia não for fornecida pelo SUS o médico deve **JUSTIFICAR** por qual motivo indica a cirurgia; Se a cirurgia não for fornecida pelo SUS é necessário trazer orçamento;
- Informar a **NECESSIDADE**, caráter de **URGÊNCIA/BREVIDADE (por escrito obrigatoriamente) e** DETALHAR AS **CONSEQUÊNCIAS/RISCOS/COMPLICAÇÕES** para o organismo do paciente (no caso de não conseguir ou demore), e/ou o risco de morte (somente quando for o caso);
- Se necessitar judicializar materiais será necessário especificá-los e trazer orçamento;
- Trazer exames para comprovar diagnóstico da doença e a necessidade da cirurgia;
- Para cirurgias com especialidades em **traumato-ortopedia, urologia, otorrino e bariátrica** o paciente deverá aguardar na fila. Para verificar o seu lugar na fila é preciso ligar para o número: 3452-5845 (regulação).

RELATÓRIO MÉDICO PARA CIRURGIA COM USO DE MEDICAÇÃO ESPECÍFICA–

SUS

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ___/___/_____ Sexo: F( ) M( ) CPF:_____

RG: _____ Cartão do SUS: _____

Endereço:_____, nº _____,

Bairro_____, Cidade/Estado_____, CEP_____

1. O paciente encontra-se restrito ao leito ou impossibilitado de comparecer em juízo:
( ) sim ( ) não

2. Descreva o diagnóstico do(a) paciente (informar CID): _____
_____
_____

3. O paciente já foi submetido a uma outra cirurgia para esta doença? ( ) sim ( ) não. Qual tipo? _____
_____
Em qual serviço? _____
_____

4. Qual procedimento cirúrgico o paciente deverá ser submetido (OBS: informar nome do procedimento conforme tabela do SIGTAP). Por qual motivo?
_____
_____
_____

5. Esse procedimento é disponibilizado pelo SUS? ( ) sim ( ) não
Se não, informar qual procedimento é disponibilizado e por qual motivo o paciente não poderá ser submetido. _____
_____
_____
_____
_____

6. O paciente aguarda a realização do procedimento indicado desde quando? _____
_____
_____

7. Há fila de espera? ( ) sim ( ) não. Qual o local do paciente na fila? _____

7.1 Qual a previsão para realização da cirurgia? _____

7.2 O paciente tem condições de aguardar pelo tempo acima estimado?
( ) sim ( ) não. Se não, justificar _____

7.3 Qual a categorização do paciente segundo o critério SWALIS?
_____

8. Se for o caso (categorização SWALIS A1 E A2), já houve pedido de priorização do

paciente no sistema de regulação?
( ) sim ( ) não

9. O procedimento é urgente? ( ) sim ( ) não. Quais os riscos/complicações/limitações que o paciente corre caso o procedimento cirúrgico não seja realizado imediatamente?

_____

_____
_____
_____

10. Há necessidade do uso de alguma medicação específica antes do procedimento cirúrgico? ( ) sim ( ) não. Se sim, descreva qual o princípio ativo da mesma, a forma que será administrada, o período e a justificativa da indicação:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

11. Essa medicação é REGISTRADA NA ANVISA? ( ) sim ( ) não. Se sim, qual o número do registro? Caso não seja, justificar o porquê indica essa medicação anexando estudos sobre a sua eficácia.

_____
_____
_____
_____

12. O medicamento é disponibilizado pelo SUS? ( ) sim ( ) não. Caso não seja, justificar porque somente este é indicado ao tratamento do paciente e o porquê que não pode ser substitutido por nenhum outro?
_____
_____
_____
_____

13. O procedimento cirúrgico somente poderá ser realizado com o uso da medicação? ( ) sim ( ) não. Explique:

_____
_____
_____
_____
_____

14. Quais benefícios trarão ao paciente caso essa cirurgia seja realizada com brevidade:
_____
_____
_____
_____
_____

Local de atendimento: _____, _____/CE
(do SUS) **(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

2 Critério SWALIS (Surgical Waiting List Info System) estratificado em cinco categorias:

Categoria A1: Paciente com risco de deterioração clínica iminente. Necessidade de hospitalização.

Categoria A2: Paciente com as atividades diárias completamente prejudicadas por dor, disfunção ou incapacidade. Risco de incurabilidade.

Categoria B: Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade.

Categoria C: Paciente com prejuízo mínimo das atividadesdiárias por dor, disfunção ou incapacidade.

Categoria D: Não há prejuízo para as atividades diárias.

Observação: O presente relatório médico foi 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 entre todos os membros do Comitê. Sua elaboração decorreu da constatação das dificuldades dos operadores jurídicos em compreender a técnica médica e da necessidade de instruir as demandas judiciais com informações para compreender a necessidade, eficácia, eficiência, efetividade e segurança dos produtos e serviços de saúde a que se pretende ter acesso, possibilitando ainda uma melhor qualificação técnica das decisões judiciais.

FÓRUM DA SAÚDE DO CNJ | COMITÊ DA SAÚDE DO CEARÁ