

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE INSUMOS DE SAÚDE

1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Telefone: _____

2- CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA E DA SOLICITAÇÃO:

Diagnóstico (relatório breve da doença):

CID principal: _____

Insumo(s) solicitado(s):

() Fraldas Descartáveis – Tamanho _____ - Quantidade Mensal - _____/mês

() Aparelho CEPAP

() Aparelho BIPAP

() Bolsa de Colostomia/Ostomia – Quantidade Mensal - _____/mês

() Guincho de Transferência

() Cadeira de rodas / () cadeira de banho

() Cama Hospitalar / () Colchão especial – Descrição _____

Justificar a necessidade do uso do(s) insumo(s):

Relacionar tratamentos já efetuados:

Existem insumos fornecidos na rede pública genéricos ou similares de mesma eficácia do(s) acima prescrito(s)?

() Sim () Não

O(s) insumo(s) é(são) o(s) único(s) adequado(s) e eficaz(es) ao tratamento da doença que acomete o paciente?

() Sim () Não

Caracterizar a urgência na utilização do(s) insumo(s) solicitado(s), descrevendo as consequências eventuais do não recebimento do(s) insumo(s) pretendido(s):

Período do tratamento:

() Tratamento por tempo indeterminado

() Tratamento por tempo determinado _____

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

Nome: _____ CRM: _____

Especialidade: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Cidade/UF: _____

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo
Médico
CRM