

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Telefone: _____

2- CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA E DA SOLICITAÇÃO:

Diagnóstico (relatório breve da doença):

CID principal: _____

Medicamento(s) Solicitado(s):

Princípio ativo do(s) medicamento(s) solicitado(s):

Medicamento registrado na ANVISA: () Sim Não ()

Relacionar tratamentos já efetuados e todos os medicamentos já utilizados para tratamento da doença descrita:

Relacionar se existem medicamentos fornecidos na rede pública genéricos ou similares de efeitos análogos:

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

() Sim () Não

É viável o tratamento com outro(s) medicamento(s)?

() Sim () Não

Se possível o tratamento com outros medicamentos, apontar as diferenças do medicamento pretendido com os resultados possíveis de serem alcançados com o tratamento convencional eventualmente disponível no SUS, de preferência fundamentada a expectativa em estudos científicos elaborados por especialistas e constantes de veículos de divulgação autorizados

O paciente já está fazendo uso do medicamento solicitado? () Sim () Não

Se afirmativo, indicar quem o fornece ao paciente e desde quando:

Caracterizar a urgência da medicação solicitada, descrevendo as conseqüências eventuais do não recebimento do medicamento pretendido:

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