



Secretaria da Saúde



ANEXO ÚNICO – FORMULÁRIO PADRÃO

Relatório Médico

Paciente: _____

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ Data de Nascimento: _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

Médico: _____

CRM: _____

1) Quais as características e sintomas da patologia que acomete o paciente, tempo da doença e do tratamento?



2) Qual o CID?

3) O tratamento indicado pode ser caracterizado como eletivo ou de urgência/emergência? Qual o tempo máximo de espera para sua realização? Qual o risco, caso não seja tratado da forma prescrita?

4) O tratamento indicado está de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério de Saúde?

5) O medicamento indicado consta na Relação Nacional de Medicamentos - RENAME?



6) O tratamento indicado pode ser substituído pelas demais alternativas fornecidas pelo Sistema Único de Saúde? Na hipótese de possibilidade de substituição, qual a alternativa médica indicada?

7) Os tratamentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde ou descritos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério de Saúde são ineficazes ou impróprios ao quadro clínico apresentado pelo paciente? Por quê?

8) Os medicamentos indicados podem ser substituídos pelos medicamentos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde ou por de menor custo? Na hipótese de possibilidade de substituição, qual a indicação, posologia e modo de administração?



Secretaria da Saúde



9) Na hipótese do medicamento indicado ser composto pela associação fixa de dois ou mais princípios ativos, é possível a sua substituição pelo conjunto formado por dois ou mais medicamentos fornecidos pelo SUS, cada qual com um dos respectivos fármacos? Sendo possível, indicar a posologia e o modo de administração.

10) Qual o tempo de utilização dos medicamentos indicados ou, tratando-se de uso contínuo ou por tempo indeterminado, qual o prazo ou periodicidade indicada para reavaliação de sua prescrição?



Secretaria da Saúde



11) Outros esclarecimentos que repute adequados:

Local: _____ Data: ____/____/____

Endereço: _____

Telefones para contato: _____

E-mail: _____

Carimbo e Assinatura

Observação:

O subscritor se responsabiliza pelas informações prestadas, as quais servirão de prova para processo administrativo/judicial, respondendo penalmente por eventual falsidade;
É ressaltado ao subscritor de que deve comunicar a Anvisa qualquer incompatibilidade de bioequivalência e biodisponibilidade do medicamento genérico;
Por fim, lembra-se ao subscritor de que também é responsável pelo Sistema Único de Saúde e, como tal, deve manter contato estreito com os entes, contribuindo para a melhoria do sistema.