



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SORRISO-MT
Formulário para Avaliação de Solicitação de Medicamento
Não Padronizado pelo SUS

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:

Sexo: () Masculino () Feminino Data de nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____ CNS: _____

Endereço: _____ Nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ UF: MT CEP: _____

Telefone (s): () _____

E-mail: _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

2.1 Doença Principal: _____ CID: _____

Há quanto tempo: _____

Outro (s) Diagnóstico (s): _____ CID (s): _____

2.2 Casos Oncológicos:

- Anexar cópia do anatomopatológico e, quando aplicável, PSA ou imunohistoquímica.

Informar o estadiamento clínico TNM quando aplicável: _____

2.3 Informar datas e resultados dos exames complementares relevantes (anexar cópia): _____

3. AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO

3.1 Informar os tratamentos já realizados disponíveis pelo SUS em ordem cronológica: _____

3.2 Descrever o atual planejamento terapêutico:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

3.3 Informar a meta terapêutica proposta:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

3.4 Informar como se dará o acompanhamento da resposta terapêutica e a frequência de avaliação:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

4. MEDICAMENTO SOLICITADO

4.1 Denominação genérica / Dosagem:

| |
|--|
| |
|--|

4.2 Via da administração / Posologia / Duração do tratamento:

| |
|--|
| |
| |

4.3 O medicamento prescrito está registrado na ANVISA? () Sim () Não

4.4 Trata-se de prescrição com indicação não incluída na bula (USO OFF LABEL)? () Sim () Não

4.5 Existe medicamento com atividade terapêutica similar oferecido pelo SUS? () Sim () Não Se sim, qual e por que a alternativa oferecida pelo SUS não é válida para o caso concreto?

| |
|--|
| |
| |

4.6 Marque a opção que se aplica ao motivo da prescrição de medicamento não padronizado:
() É o único tratamento existente () As opções existentes no SUS foram usadas e não foram eficazes
() As opções disponíveis no SUS são contraindicadas. Por quê?

() Outro motivo. Especificar

| |
|--|
| |
| |

4.7 Sobre a necessidade do tratamento:

É urgente () Sim () Não Se sim, por quê?

É imprescindível () Sim () Não Se sim, por quê?

4.8 Descrever as consequências da não utilização do medicamento

5. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E MÉDICO SOLICITANTE

Nome da Unidade de Saúde:

CNES:

Endereço: Nº

Complemento: Bairro:

Município: UF: MT CEP:

Telefone (s): ()

Nome do médico:

CPF: CRM Nº: UF:

E-mail:

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico prescriptor

Assinatura do paciente ou responsável

6. USO RESTRITO DA SEMSAS/MT