

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO

DADOS DO REQUERENTE:

Nome: _____

Nome da Mãe: _____

Data de nascimento: ___/___/_____ Naturalidade: _____

CPF: _____ RG: _____

Cartão SUS: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Contato (email/telefone): _____

Atendimento que originou a prescrição:

() Particular () Convênio - Qual? _____

() SUS - Unidade de atendimento: _____

DADOS DA PRESCRIÇÃO:

Medicamento(DCB/DCI*): _____

Posologia: _____ Duração do Tratamento: _____

Validade da Receita: _____ Registro na ANVISA: () Sim () Não

Indicação em conformidade com a aprovada no registro: () Sim () Não

Previsto em PCDT* da doença listada abaixo: () Sim () Não

Consta em padronização oficial (ex. REMUME, RENAME ou listas regionais ou estaduais):

() Sim () Não - Qual? _____

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO*:

1. Qual(is) a(s) doença(s) que acomete(m) o requerente e que motivaram a prescrição?

CID: _____ Doença: _____

1.1 Características da Doença: _____

2. Quais as opções de tratamento oferecidas pelo SUS para a doença citada?

3. As alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS já foram utilizadas?

() Sim () Não. - Em caso afirmativo:

3.1 Especifique o período de tratamento e a resposta do requerente:

3.2 O requerente faz uso de outro(s) tratamento(s) (farmacoterapêuticos ou não)? Qual(is)?

4. O tratamento indicado na sua prescrição pode ser substituído por alguma alternativa oferecida pelo SUS?

() Sim – (Em caso afirmativo, favor fornecer ao requerente nova prescrição). Especifique qual(is): _____

() Não - Justifique detalhadamente: _____

4.1 Se apontada inefetividade terapêutica (evento adverso) e/ou desvio de qualidade dos medicamentos (queixa técnica), ou sua suspeita, esclareça os motivos que levaram a esta conclusão:

4.1.1 Houve notificação à ANVISA - NOTIVISA dos eventos acima?

() Sim () Não - N° _____

5. Qual(is) a(s) consequência(s) ao requerente caso este não seja submetido ao medicamento(s) indicado(s) a curto, médio e longo prazo?

6. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em risco de morte?

() Sim - Justificativa: _____

() Não - Justificativa: _____

7. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em agravamento da doença?

() Sim - Justificativa: _____

() Não - Justificativa: _____

8. Declaro, por fim, que não possuo qualquer interesse na prescrição do medicamento/insumo, que não a saúde do paciente, bem como não mantenho qualquer vínculo com a indústria farmacêutica, de órteses, próteses e materiais especiais, distribuidores e em pesquisa clínica relacionada à esta prescrição: () Sim () Não.

Prescritor (carimbo e assinatura): _____

Data: ____/____/____.

PARA PREENCHIMENTO PELO REQUERENTE:

9. O requerente possui convênio particular de saúde?

() Sim - Qual: _____ () Não.

9.1. Em caso afirmativo, houve a tentativa de obter o medicamento pelo convênio?

() Sim () Não.

9.2. Houve negativa? () Sim () Não.

9.3. Negativa: () Verbal () Escrita – Em qual data: ____/____/____.

10. O requerente buscou obter o medicamento pelo SUS? () Sim () Não.

10.1. Houve negativa? () Sim () Não.

10.2. Em caso afirmativo:

() Município _____

() Verbal () Escrita - Em qual data: ____/____/____.

() Estado _____



() Verbal () Escrita – Em qual data: __/__/____.

() União _____

() Verbal () Escrita - () Em qual data: ___/___/____.

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Declaro que estou ciente das informações fornecidas e autorizo a exposição dos dados médicos em âmbito judicial e administrativo: () Sim () Não.

Assinatura do Requerente: _____

Data: ___/___/____.

*O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico com LETRA LEGÍVEL, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM N° 1931/2009).

*DCB/DCI: Denominação Comum Brasileira ou, na falta desta, Denominação Comum Internacional.

*PCDT: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.



*CID: Classificação Internacional de Doenças.

*REMUME: Relação Municipal de Medicamentos.

*RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.