**Relatório Médico**

**Com relação ao tratamento do(a) paciente Sr(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, devem ser consideradas as seguintes peculiaridades:**

De acordo com a tabela abaixo, os códigos correspondentes às doenças que acometem o(a) paciente são:

|  |  |
| --- | --- |
| **Doença** | **Código CID** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Outras doenças e respectivos códigos CID:** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| As doenças que acometem o(a) paciente demandam os seguintes medicamentos/insumos/tratamentos/exames médicos, de acordo com o quadro abaixo: | | |
| **Doença** | **Insumo** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Em que consiste a doença?** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Descreva o histórico do(a) paciente e a evolução da doença referida:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Antes de serem prescritos os medicamentos/insumos/tratamentos/insumos/ exames listados acima, já foram tomadas as seguintes medidas médicas indicadas abaixo:

|  |
| --- |
| **Medidas médicas alternativas já tentadas sem sucesso:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Não foram tentadas outras medidas médicas, em razão dos seguintes motivos:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Finalidade específica deste insumo/aparelho:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Favor especificar todos os detalhes técnicos que devem estar presentes no insumo/aparelho prescrito:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **O insumo/aparelho deve estar acompanhado de algum acessório? Em caso positivo, favor especificar:** | **sim** |  | **não** |  |
|  | | | |
| **Elucidação detida:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **O médico subscritor deste laudo atua, por qualquer meio que seja, pelo SUS?** | **sim** |  | **não** |  |
|  | | | |
| **Elucidação detida:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **O médico subscritor deste laudo atendeu o(a) paciente pelo SUS?** | **sim** |  | **não** |  |
|  | | | |
| **Elucidação detida:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

A ausência de fornecimento dos medicamentos/insumos/tratamentos/exames acima poderá ocasionar ao paciente as seguintes conseqüências:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Risco de morte. |
|  | Perda irreversível de órgãos ou de funções orgânicas. |
|  | Risco de ataques epilépticos. |
|  | Risco de cegueira. |
|  | Grave comprometimento da saúde |
|  | Dores relevantes |
|  | Outras. |
| Explicação da(s) conseqüência (s) acima: | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

Belo Horizonte, \_\_\_/\_\_\_/2018