**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 paciente são:

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Outras doenças e respectivos códigos CID:** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| A doença que acometeo paciente demanda o seguinte medicamento, de acordo com o quadro abaixo: | | | |
| **Doença** | **Medicamento** | |
|  | **RITUXIMABE** | |

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

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

Ante de ser prescrito o medicamento listado acima, já foram tomadas as seguintes medidas médicas indicadas abaixo:

|  |
| --- |
| **Medidas médicas alternativas já tentadas sem sucesso:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Não foram tentadas outras medidas médicas alternativas, em razão dos seguintes motivos (favor explicar minuciosamente, sem o emprego de abreviações):** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Com relação ao medicamento**RITUXIMABE**considere-se o seguinte:

|  |
| --- |
| **O nome do seu princípio ativo é:** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Considerando-se o peculiar quadro do paciente, pode ser substituído por algum medicamento disponível no SUS que possua a mesma eficácia?** | **sim** |  | **não** |  |
|  | | | |
| **Justificativa:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |
| --- |
| **Finalidade específica desta medicação:** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **O medicamento pleiteadotem registro na ANVISA?** | **sim** |  | **não** |  |
|  | | | |

**(Posologia detalhada)RITUXIMABE**

|  |
| --- |
| **Deve ser fornecido na seguinte apresentação (ex: comprimidos), na seguinte quantidade, na seguinte concentração e na seguinte periodicidade:** |
|  |
| - Frascos/ampolas? |
| - Quantidade (ampolas, frascos) **por mês:** |
| - Dosagem (de cada unidade): |
| - Tratamento contínuo? |
| - Tratamento por ciclo (favor especificar)? |
| - Outras especificações: |
|  |
|  |

Considerando-se o peculiar quadro da paciente, o **RITUXIMABE** pode ser substituído pelos medicamentos abaixo (todos fornecidos pelo SUS)? Favor justificar.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Azatioprina 50mg comprimido?** | **sim** |  | **não** |  |
|  | | | |
| **Justificativa:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ciclofasfamida , drágea de 50 mg ?** | **sim** |  | **não** |  |
|  | | | |
| **Justificativa:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ciclosporina 10mg, 25mg, 50mg ou 100mg por cápsula Ciclosporina 100mg/ml solução oral (por frasco de 50ml)?** | **sim** |  | **não** |  |
|  | | | |
| **Justificativa:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cloroquina150 mg por comprimido ?** | **sim** |  | **não** |  |
|  | | | |
| **Justificativa:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Danazol 100 mg e 200 mg por cápsula?** | **sim** |  | **não** |  |
|  | | | |
| **Justificativa:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hidroxicloroquina 400 mg por comprimido ?** | **sim** |  | **não** |  |
|  | | | |
| **Justificativa:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metotrexato 2,5 mg por comprimido e 25 mg/ml injetável por ampola de 2 ml?** | **sim** |  | **não** |  |
|  | | | |
| **Justificativa:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.