**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** | **Medicamentos/insumos/tratamentos/exames médicos** | |
|  | SIROLIMUS | |

|  |
| --- |
| **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/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 alternativas, em razão dos seguintes motivos (favor explicar minuciosamente, sem o emprego de abreviações):** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **O medicamento pleiteado** **tem registro na ANVISA?** | **sim** |  | **não** |  |
|  | | | |

**(Posologia detalhada) Sirolimus**

|  |
| --- |
| **Deve ser fornecido na seguinte apresentação (ex: comprimidos), na seguinte quantidade, na seguinte concentração e na seguinte periodicidade:** |
|  |
| - Comprimidos? |
| - Quantidade (comprimidos, ampolas, vidros) **por mês:** |
| - Concentração (de cada unidade): |
| - Tratamento contínuo? |
| - Tratamento por ciclo (favor especificar)? |
|  |

Considerando-se o peculiar quadro da paciente, o medicamento **Sirolimus 1mg** pode ser substituído pelo medicamento abaixo? Se sim, qual dos fármacos poderá substituí-lo, em qual concentração e em qual quantidade?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Micofenolato de Mofetila – comprimido 500mg?** | **Sim** |  | **não** |  |
|  | | | |
| **Justificativa:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Micofenolato de Sódio – comprimido 180mg ou 360mg?** | **sim** |  | **não** |  |
|  | | | |
| **Justificativa:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ciclosporina – cápsula 10mg, 25mg, 50mg e 100mg; solução oral 100mg/ml?** | **sim** |  | **não** |  |
|  | | | |
| **Justificativa:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Azatioprina – comprimido 50mg?** | **Sim** |  | **não** |  |
|  | | | |
| **Justificativa:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metilprednisolona – solução injetável 500mg?** | **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