**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:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| As doenças que acometem o paciente demandam os seguintes medicamentos/insumos/tratamentos/exames médicos, de acordo com o quadro abaixo: |
| **Doença** | **Medicamentos/insumos/tratamentos/exames médicos** |
|  | USTEQUINUMABE |

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):** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

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

- Com relação ao medicamento **Ustequinumabe** 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:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

**(Posologia detalhada) Ustequinumabe:**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No caso específico, pode ser substituído por** **similar existente no mercado brasileiro e com registro na ANVISA?** | **sim** |  | **não** |  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Há consenso médico para o tratamento da doença que acomete o(a) paciente com este medicamento?** | **sim** |  | **não** |  |
|  |
| **Justificativa:** |
|  |
|  |

A considerar o peculiar quadro do paciente, o medicamento **USTEQUINUMABE** pode ser substituído pelo medicamento abaixo? Se sim, qual dos fármacos poderá substituí-lo, em qual concentração e em qual quantidade?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prednisona?** | **sim** |  | **não** |  |
|  |
| **Justificativa (favor informar se há contra-indicação):** |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prednisolona?** | **sim** |  | **não** |  |
|  |
| **Justificativa (favor informar se há contra-indicação):** |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adalimumabe – injetável 40mg (por seringa preenchida)?** | **sim** |  | **não** |  |
|  |
| **Justificativa (favor informar se há contra-indicação):** |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Azatioprina – comprimido 50mg?** | **sim** |  | **não** |  |
|  |
| **Justificativa (favor informar se há contra-indicação):** |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Infliximabe – injetável 10mg/ml (por frasco-ampola 10ml)?** | **sim** |  | **não** |  |
|  |
| **Justificativa (favor informar se há contra-indicação):** |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mesalazina – comprimido 400mg, 500mg e 800mg?** | **sim** |  | **não** |  |
|  |
| **Justificativa (favor informar se há contra-indicação):** |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metilprednisolona – injetável 500mg (por ampola)?** | **sim** |  | **não** |  |
|  |
| **Justificativa (favor informar se há contra-indicação):** |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metotrexato – injetável 25mg/ml (por ampola de 2ml)?** | **sim** |  | **não** |  |
|  |
| **Justificativa (favor informar se há contra-indicação):** |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sufassalazina – comprimido 500mg?** | **sim** |  | **não** |  |
|  |
| **Justificativa (favor informar se há contra-indicação):** |
|  |
|  |
|  |

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