



# Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

## FORMULARIO PARA AVALIAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO PELO SUS

**\*A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO PRESCRITOR**

**\*PREENCHER UM FORMULÁRIO PARA CADA MEDICAMENTO**

### 1 – SOBRE O PRESCRITOR

NOME DO PRESCRITOR \_\_\_\_\_

1.1 ( ) CRM \_\_\_\_\_ ( ) CRO \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

### 2 – SOBRE O PACIENTE

2.1. NOME DO PACIENTE

\_\_\_\_\_

2.2. DATA DE NASCIMENTO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.3. CPF

\_\_\_\_\_

2.4. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

\_\_\_\_\_

2.5. SEXO

( ) MASCULINO

( ) FEMININO

2.6. TELEFONES: FIXO ( ) \_\_\_\_\_

CELULAR: ( ) \_\_\_\_\_

### 3 - SOBRE O ATENDIMENTO

3.1. MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

3.2. ESTADO: \_\_\_\_\_

3.3. ( ) SAÚDE PÚBLICA-SUS ( ) SAÚDE COMPLEMENTAR ( ) PARTICULAR

3.4. ( ) SE SAÚDE COMPLEMENTAR. QUAL A OPERADORA? \_\_\_\_\_

3.5. HOUVE TENTATIVA DE SE OBTER O MEDICAMENTO?

( ) NO SUS ( ) NO PLANO/ SEGURO DE SAÚDE

3.6. HOUVE NEGATIVA ESCRITA ( ) SIM ( ) NÃO . SE SIM EM QUE DATA? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

## 4 - SOBRE A ENFERMIDADE

4.1. CID \_\_\_\_\_

4.2. HISTÓRICO DA DOENÇA

---

---

---

---

4.3. TRATAMENTOS JÁ REALIZADOS/ RESULTADOS

---

---

---

---

## 5 - SOBRE O MEDICAMENTO SOLICITADO E FORMA DE ADMINISTRAÇÃO

5.1. DCB/ DCI (DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA/ INTERNACIONAL) \_\_\_\_\_

---

5.2. FORMA FARMACÊUTICA \_\_\_\_\_

5.3. DOSE \_\_\_\_\_

5.4. FORMA EXATA DA QUANTIDADE E DO TEMPO DE DISPENSAÇÃO DA MEDICAÇÃO. SE PRESCRIÇÃO POR TEMPO INDETERMINADO, ESCLARECER OS MOTIVOS QUE EMBASAM ESSA ESPECIAL PRESCRIÇÃO.

---

5.5. FORMA EXATA DE ADMINISTRAÇÃO (ORAL/ ENDOVESOSA/ETC.) \_\_\_\_\_

5.6. O MEDICAMENTO PRESCRITO É FOTOSSENSÍVEL, TERMOLÁBIL? QUAL O TIPO ESPECÍFICO DE ACONDICIONAMENTO DO MEDICAMENTO (EX.: GELADEIRA/ ABRIGO DO SOL)

---

---



# Secretaria Municipal da Saúde

## Prefeitura de Assis

5.7. O MEDICAMENTO PRESCRITO ESTÁ REGISTRADO NA ANVISA? ( ) SIM ( ) NÃO

5.8. TEM REGISTRO EM PAÍS ESTRANGEIRO? ( ) SIM ( ) NÃO. SE SIM, QUAL PAÍS?

---

5.9. TRATA-SE DE PRESCRIÇÃO COM INDICAÇÃO NÃO INCLUIDA NA BULA (USO OFF LABEL)?

( ) SIM ( ) NÃO

5.10. EXISTE MEDICAMENTO COM ATIVIDADE TERAPÊUTICA SIMILAR OFERECIDO PELO SUS?

( ) SIM ( ) NÃO. SE SIM, QUAL E POR QUE A ALTERNATIVA OFERECIDA PELO SUS NÃO É VÁLIDA PARA O CASO CONCRETO? \_\_\_\_\_

5.11. HÁ ALGUM ESTUDO DA MEDICAÇÃO, EM ANDAMENTO OU JÁ CONCLUSO, PERANTE A COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS – CONITEC/SUS (LEI 12.401/2011 E DECRETO 7.646/2011) OU AINDA NO DEPARTAMENTO DE CIENCIA E TECNOLOGIA DO MINISTÉRIO DA SAUDE DECIT/MS? \_\_\_\_\_

---

### 6- SOBRE O MOTIVO DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO

6.1. MARQUE A ALTERNATIVA QUE SE APLICA AO CASO

( ) É O ÚNICO TRATAMENTO EXISTENTE

( ) AS OPÇÕES EXISTENTES NO SUS FORAM USADAS E NÃO FORAM EFICAZES

( ) AS OPÇÕES DISPONÍVEIS NO SUS SÃO CONTRAINDICADAS.

POR QUÊ? \_\_\_\_\_

( ) OUTRO MOTIVO.

ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

---

### 7- SOBRE A NECESSIDADE DO TRATAMENTO

7.1. É URGENTE ( ) SIM ( ) NÃO.

SE SIM, POR QUÊ? \_\_\_\_\_

7.2. É IMPRESCINDIVEL ( ) SIM ( ) NÃO.



SE SIM, POR QUÊ? \_\_\_\_\_

### 8 – SOBRE OS BENEFÍCIOS E RISCOS ESPERADOS COM O USO DO MEDICAMENTO

8.1. DESCREVER OS BENEFÍCIOS ESPERADOS E OS CRITÉRIOS OU PARAMETROS QUE SERÃO UTILIZADOS PARA ACOMPANHAMENTO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

---

---

---

---

---

---

---

---

8.2. DESCREVER OS EFEITOS ADVERSOS ESPERADOS COM O USO DO MEDICAMENTO E OS MEIOS A SEREM EMPREGADOS PARA REDUÇÃO DOS MESMOS.

---

---

---

---

---

---

---

---

### 9 – SOBRE AS CONSEQUENCIAS DA NÃO UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO

9.1. DESCREVER

---

---

---

---

---

---

---

---

9.2. A UTILIZAÇÃO CORRETA DO MEDICAMENTO:

ELIMINARÁ O RISCO DESSAS CONSEQUENCIAS? ( ) SIM ( ) NÃO

JUSTIFICAR \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REDUZIRÁ ESSE RISCO? ( ) SIM ( ) NÃO



JUSTIFICAR \_\_\_\_\_

---

### 10 – DAS MEDIDAS INSTRUTORIAS

#### 10.1. DO MÉDICO

10.1.1. JÁ RECEBEU OU RECEBE, A QUALQUER TÍTULO, ALGUM AUXÍLIO FINANCEIRO, COMO PASSAGEM, HOSPEDAGEM OU SUBVENÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSOS E/OU EVENTOS CIENTÍFICOS PATROCINADOS PELO LABORATÓRIO FARMACÊUTICO PRODUTOR DO MEDICAMENTO PRESCRITO, OU AJUDA FINANCEIRA DESSA MESMA FONTE, A QUALQUER TÍTULO? \_\_\_\_\_

10.1.1.2. JÁ PARTICIPOU, A QUALQUER TÍTULO, DE ALGUM ESTUDO REFERENTE AO MEDICAMENTO PRESCRITO? SE SIM, INDICAR DE QUEM É A INICIATIVA DO ESTUDO E PARA QUE FINALIDADE.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 10.2. DOS ESTUDOS CIENTÍFICOS ( CONSIDERANDO A MEDICINA BASEADA EM EVIDENCIAS)

10.2.1. QUAL O TIPO DE ESTUDO ANALISADO (SE REVISÃO SISTEMÁTICA, ESTUDO RANDOMIZADO, COORTE, UNICAMENTE PRESCRIÇÃO MÉDICA, ETC.)?

\_\_\_\_\_

10.2.2. QUEM FOI O PATROCINADOR DO ESTUDO?

\_\_\_\_\_

10.2.3. NO ESTUDO COM QUE A MEDICAÇÃO FOI COMPARADA?

\_\_\_\_\_



# Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

10.2.4. SE COMPARADA COM PLACEBO, DIZER SE JÁ EXISTE TRATAMENTO MÉDICO PADRÃO NO MERCADO.

---

10.2.5. CLASSIFICAR O ESTUDO E A EVIDENCIA CIENTIFICA DO MEDICAMENTO NOS TERMOS EM QUE PRECONIZA A TABELA DE NIVEL DE EVIDENCIA CIENTIFICA POR TIPO DE ESTUDO DA OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED-MEDICINE.

---

**DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS.**

**ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:** \_\_\_\_\_

**CIDADE/ ESTADO:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ASSINATURA DO COORDENADOR DA INSTITUIÇÃO:** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:** \_\_\_\_\_