

RELATÓRIO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA

O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico com **LETRA LEGÍVEL**, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 2.217/2018).

DATA DE EMISSÃO DO RELATÓRIO: ___/___/___

1. QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ___/___/___ CPF: _____ Sexo: M () F ()

Outro _____

Endereço completo:

Rua /Av: _____

Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Telefone: () _____

2. QUALIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Nome completo do profissional de saúde: _____

Número de registro profissional e circunscrição: _____

Categoria profissional/especialidade: _____

3. INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DO PACIENTE

Trata-se de atendimento () particular () convênio () SUS.

O paciente é beneficiário de plano de saúde? () NÃO () SIM.

Qual?

Em qual unidade de saúde houve o atendimento?

Qual o Município e Estado de atendimento?

Houve tentativa de obter o produto, medicamento ou serviço no SUS?

() SIM () NÃO

Em qual Município/Estado/Unidade de saúde houve a negativa?

4. DESCRIÇÃO DA(S) DOENÇA(S) DO PACIENTE	
DOENÇA(S)	CÓDIGO (CID)
Descrever o estado clínico do paciente:	

PREENCHER OS ITENS SEGUINTE COM A DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO E AS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Nº 05 - PARA MEDICAMENTO(S)
Nº 06 - PARA PRODUTO(S), OPME, EQUIPAMENTOS E INSUMOS
Nº 07 - PARA PROCEDIMENTO(S) E/OU TERAPIA(S) E SERVIÇOS
Nº 08 - PARA DIETA NUTRICIONAL

O presente relatório médico foi aprovado em deliberação do Comitê Estadual de Saúde de Minas Gerais realizada no dia 09 de setembro/2020. O modelo foi elaborado a partir de ampla discussão entre todos os membros do Comitê e com prévia colheita de sugestões ao Conselho Regional de Medicina – CRM/MG, ao Conselho Regional de Farmácia – CRF/MG e ao Conselho Regional de Odontologia – CRO/MG. Sua elaboração decorreu da constatação das dificuldades dos operadores jurídicos em compreender a técnica médica e da necessidade de instruir as demandas judiciais com informações acerca da imprescindibilidade, eficácia, eficiência, efetividade e segurança dos produtos e serviços de saúde a que se pretende ter acesso, possibilitando ainda uma melhor qualificação técnica das decisões judiciais.

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

5. PRESCRIÇÃO DO TRATAMENTO: MEDICAMENTO(S)			
5.1 Princípio ativo e dosagem (art. 3º da Lei 9.787/99)	Posologia e via de administração	Quantidade	Periodicidade/Duração do tratamento
<i>Em caso de mais/outros medicamentos, utilizar o ANEXO I</i>			
5.2. INFORMAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O(S) MEDICAMENTO(S)			
Trata(m)-se de medicamento(s) aprovado(s) pela ANVISA? () SIM () NÃO.			
Trata-se de prescrição <i>off label</i> ? () SIM () NÃO. Caso positivo, justificar a prescrição <i>off label</i> .			
Caso não seja(m) aprovado(s) pela ANVISA, há estudos de evidência científica (eficácia, eficiência, efetividade e segurança) do medicamento? () SIM () NÃO. Qual(is) a(s) evidência(s) científica(s)?			
Listar as referências dos artigos publicados sobre o assunto:			
O(s) medicamento(s), conforme finalidade diagnóstica prescrita, consta(m) dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (CONITEC/MS)? () SIM () NÃO.			
Existe(m) outro(s) medicamento(s) com o mesmo princípio ativo ou capacidade terapêutica similar para tratamento do paciente disponível na rede pública de saúde? () SIM () NÃO. Qual(is):			
Em caso de afirmação positiva do questionamento anterior, há justificativa para a prescrição do(s) medicamento(s) específico(s) diferenciado(s) em razão da condição peculiar do paciente? () SIM () NÃO			
Há estudos de evidência científica (eficácia, eficiência, efetividade e segurança) do medicamento? () SIM () NÃO. Qual evidência científica?			

Listar as referências dos artigos publicados sobre o assunto
Antes de ser(m) prescrito(s) o(s) medicamento(s), foi/foram adotada(s) a(s) seguinte(s) medida(s) terapêutica(s):
Não foi/foram prescrita(s) outra(s) medida(s) alternativas, em razão dos seguintes motivos:
5.3 INFORMAÇÕES SOBRE A NECESSIDADE DO(S) MEDICAMENTO(S)
O fornecimento do(s) medicamento(s) é imprescindível para o tratamento do paciente? Sim () Não (). É de caráter urgente? () SIM () NÃO.
A ausência do(s) medicamento(s) poderá ocasionar quais consequências ao paciente: () Risco de morte () Perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas () Grave comprometimento da saúde () Outras:.
Justificativa: _____
Descrever as outras possíveis consequências para o paciente:
A utilização do(s) medicamento(s) eliminará o perigo das consequências e/ou sequelas? () SIM () NÃO.
Justificar: _____
Especificar outras informações importantes acerca da necessidade do(s) medicamento(s):

6. PRESCRIÇÃO DO TRATAMENTO: PRODUTO(S) – OPME, EQUIPAMENTOS E INSUMOS

6.1 Produto(s) OPME/Insumo/Equipamento	Descrição do produto	Quantitativo	Periodicidade/Duração do tratamento

*Em caso de mais/outros produto(s) (OPME/insumo/equipamentos), utilizar o **ANEXO II***

6.2 INFORMAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O(S) PRODUTO(S) – OPME, EQUIPAMENTOS E INSUMOS

Trata(m)-se de produto(s) (OPME/insumo/equipamento) aprovado(s) pela ANVISA?
() SIM () NÃO

Caso não seja (m) aprovado(s) pela ANVISA, há estudos de evidência científica (eficácia, eficiência, efetividade e segurança) do medicamento?
() SIM () NÃO

Qual(is) a(s) evidência(s) científica(s)?

Listar as referências dos artigos publicados sobre o assunto:

O(s) produto(s) (OPME/insumo/equipamento), conforme finalidade diagnóstica prescrita, consta(m) dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (CONITEC/MS)?
() SIM () NÃO.

Existe(m) outro(s) produto(s) (OPME/insumo/equipamento) com a mesma capacidade terapêutica similar para tratamento do paciente disponível na rede pública de saúde?
() SIM () NÃO

Qual(is)

Em caso de afirmação positiva do questionamento anterior, há justificativa para a prescrição do(s) produto(s) (OPME/insumo/equipamento) específico diferenciado em razão da condição peculiar do paciente?

Qual(is) a(s) evidência(s) científica(s)?

Listar as referências dos artigos publicados sobre o assunto

Antes de ser(m) prescrito(s) o(s) produto (s)(OPME/insumo/equipamento), foi/foram adotadas a(s) seguinte(s) medida(s) terapêutica(s):

Não foi/foram prescrita(s) outra(s) medida(s) alternativas, em razão dos seguintes motivos:

6.3 INFORMAÇÕES SOBRE A NECESSIDADE DO(S) PRODUTO(S) - OPME / INSUMO / EQUIPAMENTO.

A não utilização imediata do(s) produto(s) (OPME / insumo / equipamento (s) importa em agravamento do quadro de saúde do paciente?

() SIM () NÃO

Justificativa: _____

Descrever as outras possíveis consequências ao paciente:

7. PRESCRIÇÃO DO TRATAMENTO: PROCEDIMENTOS/TERAPIAS/SERVIÇOS			
Procedimentos/ Terapias/Serviços	Descrição	Quantitativo	Periodicidade/Duração do tratamento
<p><i>Em caso de mais/outros procedimentos/terapias, utilizar o ANEXO III</i> (*) SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. (**) TUSS: Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS)</p>			
7.1. INFORMAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O(S) PROCEDIMENTOS/TERAPIAS/SERVIÇOS			
<p>O(s) Procedimentos/terapias(s) e/ou serviço(s), conforme finalidade diagnóstica prescrita, consta(m) dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (CONITEC/MS/SIGTAP)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>			
<p>Existe(m) outro(s) procedimentos/terapias(s) e/ou serviço(s) com a mesma capacidade terapêutica similar para tratamento do paciente disponível na rede pública de saúde? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Qual(is):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>Em caso de afirmação positiva do questionamento anterior, há justificativa para a prescrição do(s) procedimento/terapias e/ou serviço(s) específico(s) diferenciado(s) em razão da condição peculiar do paciente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>			
<p>Há estudos de evidência científica (eficácia, eficiência, efetividade e segurança) procedimentos/terapias e/ou serviço(s)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Qual evidência científica?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>Listar as referências artigos publicados sobre o assunto:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			

Antes de ser(m) prescrito(s) o(s) procedimento/terapia(s) e/ou serviço(s), foi/foram adotada(s) a(s) seguinte(s) medida(s) terapêutica(s):

Não foi/foram prescrita(s) outra(s) medida(s) alternativas, em razão dos seguintes motivos:

7.2. INFORMAÇÕES SOBRE A NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO/TERAPIAS/SERVIÇOS.

A não utilização imediata do(s) procedimentos/terapias(s) e/ou serviço(s) importa em agravamento do quadro de saúde do paciente?
 SIM Não

Justificativa: _____

Descrever as outras possíveis consequências ao paciente:

8. PRESCRIÇÃO DO TRATAMENTO: PRODUTOS NUTRICIONAIS

8.1 Produto nutricional (dietas/suplemento)	Posologia e via de administração	Quantidade	Periodicidade/Duração do tratamento

Em caso de mais/outros produtos nutricionais, utilizar o ANEXO IV

8.2 INFORMAÇÕES TÉCNICAS SOBRE OS PRODUTOS NUTRICIONAIS

O(s) Produtos Nutricionais (dietas/suplementos) (s), conforme finalidade diagnóstica prescrita, consta(m) dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (CONITEC/MS/SIGTAP)?
 SIM NÃO

8.3 INFORMAÇÕES SOBRE A NECESSIDADE DOS PRODUTOS NUTRICIONAIS

A não utilização imediata dos produtos nutricionais importa em agravamento do quadro de saúde do paciente?

() SIM () NÃO

Justificativa: _____

Descrever as outras possíveis conseqüências ao paciente:

Ass. e carimbo do(a) médico: _____

