

RELATORIO MÉDICO PARA JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE

1. Sobre o Profissional

1.1 Nome do médico: _____

1.2 Número do Registro no Conselho Regional de Medicina – CRM: _____

1.3 Especialidade (se tiver): _____

2. Sobre o Paciente

2.1 Nome do(a) paciente: _____

2.2 Data de nascimento: _____

2.3 CPF: _____

2.4 Sexo: () F () M

2.5 Endereço completo (com CEP): _____

3. Sobre a Forma de Atendimento

3.1 Trata-se de paciente atendido pela Saúde Pública (___) ou Saúde Suplementar (___)

3.2 Qual operadora? _____

3.3 Houve tentativa de obter acesso ao produto/serviço junto à operadora de plano ou seguro de saúde? _

Sim (___) Não (___). Houve negativa? Sim (___) Não (___).

Escrita ou verbal? _____ Em que data? ____/____/____

3.4 Houve tentativa de obter o produto ou serviço no SUS? Sim (___) Não (___).?

3.5 Em que Unidade/Município/Estado? _____

Houve Negativa? Sim (___) Não (___). Escrita ou Verbal _____ Em que data ____/____/____

4. Especificar o quadro clínico e as peculiaridades do paciente, incluindo as demais considerações que entender cabíveis :

4.1 Nos termos da tabela abaixo, inserir os códigos correspondentes às doenças que acometem o paciente:

Enfermidade	Código (CID)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

5. Medicamentos, produtos ou procedimentos necessários para a finalidade diagnóstica de acordo com o quadro abaixo:

- Tratamento contínuo (___) temporário (___) pelo prazo de _____	
Produtos	Posologia e Via de Administração

6. Trata-se de produto registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)?
Sim (___) Não (___)

6.1. Caso não registrado na ANVISA, o produto possui registro em órgão de controle estrangeiro?
 Sim (___) Não (___) De qual País: ? _____

6.2. Caso não registrado na ANVISA, há estudos de evidência científica (eficácia, eficiência, efetividade e segurança) do produto? Sim (___) Não (___). Qual a evidência científica?

6.3. Caso não registrado na ANVISA, sendo possível, informar se o produto teve a importação autorizada em caráter excepcional pela referida agência? _____

7. Trata-se de prescrição *off label* (utilização fora das prescrições aprovadas no registro)?
Sim (___) Não (___)

7.1. Caso positivo, justificar prescrição *off label* (se possível, informar sobre eventual existência de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec para o uso pretendido ou autorização excepcional por parte da ANVISA ou evidência cientificamente aceita): _____

8. Antes de serem prescritos os produtos ou procedimentos acima listados foram adotadas as seguintes medidas terapêuticas: _____

9. Não foram prescritas outras medidas médicas alternativas em razão dos seguintes motivos: _____

10. Os produtos / procedimentos, conforme finalidade diagnóstica prescrita, constam nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS? Sim () Não ()

 Identificação Médica
 Assinatura física ou eletrônica

11. Existem outros produtos/procedimentos com o mesmo princípio ativo ou capacidade terapêutica similar oferecidos pelo SUS que podem substituir a prescrição no caso concreto do(a) paciente?

Sim (____) Não (____). Quais: _____

11.1 Há justificativa para a prescrição do produto / procedimento específico diferenciado em razão da condição peculiar do paciente? Sim (____) Não (____)

11.2 Explicar a finalidade da prescrição: _____

12. O produto / procedimento é imprescindível para o paciente? Sim (____) Não (____). É urgente? Sim (____) Não (____)

13. A ausência de fornecimento do medicamento/insumo/procedimento acima poderá ocasionar quais das seguintes consequências:

- (____) Risco de morte
 (____) perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas
 (____) Grave comprometimento do bem estar
 (____) Outras _____

14. A utilização dos produtos e serviços eliminará o perigo das consequências / sequelas?

Sim (____) Não (____). Justificar: _____

15. Os produtos / procedimentos constam do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde mínimos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)? Sim (____) Não (____).

Outras informações ou especificações: _____

Observação: O presente relatório médico foi aprovado em reunião do dia _____ pelo Comitê Executivo Estadual da Saúde de Minas Gerais, do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do CNJ (www.comitesaudemg.com.br). 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 e do Conselho Regional de Farmácia – CRF/MG e 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 para compreender a necessidade, 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.



Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do CNJ
 Comitê Executivo Estadual de Saúde de Minas Gerais

Identificação Médica
 Assinatura física ou eletrônica