

RELATÓRIO MÉDICO PARA JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE

Data: ____/____/____ Estabelecimento Solicitante: _____

1. Sobre o profissional

- 1.1. Nome do médico: _____
- 1.2. Número do registro no Conselho Regional de Medicina – CRM: _____
- 1.3. CNES: _____
- 1.4. Especialidade (Registro de Qualificação de Especialista no CRM): _____

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. Cartão do SUS: _____
- 2.6. 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 ou serviço no plano de saúde? _____
Houve negativa? _____ Escrita ou verbal? _____ Em que data? ____/____/____
- 3.4. Houve tentativa de obter o produto ou serviço no SUS? _____
- 3.5. Em que Unidade/Município/Estado? _____
Houve negativa? _____ Escrita ou verbal? _____ Em que data? ____/____/____
- 3.6. Está em fila de espera? () Sim () Não. Em que data entrou na fila de espera? ____/____/____

4 – Exame Clínico

História da Doença Atual (HDA): _____

Hipótese Diagnóstica (HD): _____ Código Internacional de Doenças (CID): _____

ESCALA DE GLASGOW: _____

ABERTURA OCULAR

- 4 – Espontânea
- 3 – Comandos
- 2 – À dor
- 1 – Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 – Orientado
- 4 – Confusa
- 3 – Palavras inapropriadas
- 2 – Palavras incompreensíveis
- 1 – Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 – Obedece a comandos
- 5 – Localiza dor
- 4 – Movimento de retirada
- 3 – Flexão anormal
- 2 – Extensão anormal

ESCALA DE HUNT E HESS: Em casos de Hemorragia Subaracnóidea (HSA)

- () 0 - Assintomático, sem hemorragia subaracnóidea;
- () I - Assintomático, cefaleia e rigidez de nuca leve;
- () II - Cefaleia moderada a grave, rigidez de nuca, sem déficit motor pode haver acometimento de par craniano;
- () III - Sonolento, confuso ou letargia, possível déficit neurológico focal leve;

() IV - Torpor, pode haver hemiparesia moderada a grave;

() V - Coma, com ou sem descerebração.

SINAIS VITAIS

Temp ax. _____ °C P: _____ bpm R: _____ mrm PA: _____ mmHg Sat O₂ _____ Glicemia: _____ mg/dl

RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS:

5. Objeto da Solicitação:

5.1. Internação/Cirurgia:

5.2. Exame:

5.3. Medicamentos:

| Produtos | Posologia e via de administração |
|----------|----------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Tratamento Contínuo () Temporário () Prazo: _____

5.4. Outros:

6. Trata-se de produto aprovado pela ANVISA? Sim () Não ()

6.1. Caso não aprovado pela ANVISA, o produto é aprovado por órgão de controle estrangeiro? _____
De qual País? _____

6.2. Caso não aprovado pela ANVISA, há estudos de evidência científica (eficácia, eficiência, efetividade e segurança) do produto? _____ Qual a evidência científica? _____

7. Trata-se de prescrição off label¹?

7.1. Caso positivo, justificar a prescrição off label: _____

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

9. Os produtos/procedimentos, conforme finalidade diagnóstica prescrita, constam dos Protocolos Clínicos e Diretrizes terapêuticas do SUS? _____

10. Existe outro produto/procedimento(s) com o mesmo princípio ativo ou capacidade terapêutica similar oferecidos pelo SUS? Sim () Não () Quais? _____

11. Há justificativa para a prescrição do produto / procedimento específico diferenciado em razão da condição peculiar do paciente? _____

12. Há produtos, procedimentos ou medicamentos com o mesmo princípio ativo no mercado? Sim (____) Não (____).
Em caso positivo, quais? _____

13. Qual a razão para prescrever produto/serviço diferenciado àquele oferecido pelo SUS ou Plano de Saúde?

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

15. A ausência de fornecimento do medicamento, insumo ou procedimento acima poderá ocasionar quais das seguintes consequências:

(____) Risco de morte;

(____) Perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas;

(____) Grave comprometimento do bem estar;

(____) Outras:

16. A utilização dos produtos e serviços eliminará o risco das consequências / sequelas? Sim (____) Não (____).
Justificar:

Assinatura e Carimbo do Médico