

16
8

**LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO CONSTANTE NOS
PROTOCOLOS DO SUS**

NOME COMPLETO DO PACIENTE:

PATOLOGIA:

CID:

1. MEDICAMENTO PRESCRITO:

2. NOME COMERCIAL:

3. DCB OU DCI:

4. POSSUI REGISTRO NA ANVISA? () SIM () NÃO

5. POSOLOGIA:

6. USO CONTÍNUO? () SIM () NÃO

**7. EXISTE ALTERNATIVA DISPONÍVEL NO SUS PARA O TRATAMENTO DA PATOLOGIA?
() SIM () NÃO**

Em caso afirmativo, especifique quais as alternativas disponíveis:

17
B

8. HOUE PRÉVIA UTILIZAÇÃO E FALHA TERAPÊUTICA DAS ALTERNATIVAS DISPONÍVEIS NO SUS? () SIM () NÃO

Justifique:

.....

.....

.....

.....

.....

9. CASO TENHA HAVIDO PRÉVIA TENTATIVA DE UTILIZAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DISPONIBILIZADAS NO SUS, HOUE ADEÇÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO? () SIM () NÃO

Em caso negativo, especifique as circunstâncias da falta de adesão ao tratamento oferecido:

.....

.....

.....

.....

.....

10. A PRÉVIA UTILIZAÇÃO, A FALHA TERAPÊUTICA DAS ALTERNATIVAS DISPONÍVEIS NO SUS E/OU A FALTA DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO CONSTAM NO PRONTUÁRIO MÉDICO? () SIM () NÃO

Em caso negativo, especifique a razão para a ausência de registro em prontuário médico.

.....

.....

.....

.....

.....

11. O QUADRO DE SAÚDE DO PACIENTE PODE PIORAR DEVIDO A NÃO UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO PRESCRITO? () SIM () NÃO

Em caso afirmativo, esclareça os motivos:

.....

12. SOB O PONTO DE VISTA MÉDICO, TRATA-SE DE UMA SITUAÇÃO URGENTE?
() SIM () NÃO

Justifique:

13. OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:

Carimbo e Assinatura:	Data:
------------------------------	--------------

OBS: ANEXAR O PRONTUÁRIO MÉDICO DO PACIENTE.