

## 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

RESPOSTA VERBAL

RESPOSTA MOTORA

4 – Espontânea

5 – Orientado

6 – Obedece a comandos

3 – Comandos

4 – Confusa

5 – Localiza dor

2 – À dor

3 – Palavras inapropriadas

4 – Movimento de retirada

1 – Nenhuma

2 – Palavras incompreensíveis

3 – Flexão anormal

1 – Nenhuma

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 O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ 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 label*<sup>1</sup>?**

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? \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Materiais ou fármacos comercializados enquanto as novas indicações não são aprovadas, seja porque as evidências ainda não estão completas ou porque ainda se encontra em fase de avaliação pela Agência Reguladora.

**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**

**Observação:** O presente relatório médico foi aprovado em reunião do dia 30.11.2017 pelo Fórum Interinstitucional Permanente em Saúde Pública do Estado do Piauí. O modelo foi elaborado utilizando-se como referência o relatório do Comitê Executivo Estadual da Saúde de Minas Gerais, do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do CNJ.