



**COMITÊ ESTADUAL
DA SAÚDE DO CNJ**
CEARÁ

**RELATÓRIO PARA JUDICIALIZAÇÃO DE ANTINEOPLÁSICO
SAÚDE PÚBLICA**

1. Sobre o profissional prescritor

Nome:

CRM/UF:

RQE/UF (Registro de Qualificação de Especialista):

Unidade Hospitalar de Atendimento:

2. Sobre o paciente

Nome:

Data de nascimento:

Peso:

Altura:

Área de superfície corpórea:

Escala de Performance Status ECOG (0-4):

3. Sobre a doença

3.1. Qual o diagnóstico e código correspondente à doença que acomete o paciente?

DOENÇAS	CÓDIGOS (CID 10)

3.2. Qual a história clínica do paciente? Descreva os tratamentos utilizados anteriormente, incluindo os nomes dos antineoplásicos usados e a presença de falha terapêutica ou intolerância aos medicamentos:

4. Sobre o tratamento solicitado

4.1. Qual o nome e modo de uso do medicamento pleiteado?

PRINCÍPIO ATIVO	POSOLOGIA E VIA DE ADMINISTRAÇÃO

4.2 O medicamento é de uso ambulatorial () ou hospitalar ()?

4.3. O tratamento é:

Contínuo ()

Temporário () Pelo prazo de: _____

4.4. Fundamente a imprescindibilidade ou necessidade do(s) medicamento(s), indicando as possíveis consequências da sua não utilização.

4.5. O medicamento tem registro na Anvisa: Sim () Não ()

4.6. O uso do medicamento é off label(ou seja esta sendo recomendado para uma indicação diferente daquela para qual foi aprovado) ou on label? On label () Off label ()

4.7. O fornecimento do medicamento se enquadra em urgência: Sim () Não ()

5. Sobre tratamentos disponibilizados pelo SUS

5.1. Existe algum tratamento disponibilizado pelo SUS para esta doença? Sim () Não ()

Se sim, deve ser explicitado qual o tratamento ofertado:

5.2. Em caso de existir tratamento disponível pelo SUS, explique por que ele não é uma alternativa indicada para o paciente.

6. Sobre conflito de interesses

6.1. Há algum conflito de interesse nesta prescrição: Sim () Não ()

Especificar. (Art. 20 do Código de Ética Médica e Resolução CFM no 1595/2000).

Local de atendimento: _____, _____/CE
(cidade)

_____/_____/_____(data)

Médico: _____

Declaro que autorizei o médico assistente a preencher e repassar as informações necessárias acerca do diagnóstico de minha patologia e tratamento.

Assinatura

Observação: O presente relatório médico foi aprovado em reunião do dia 07.05.2021 pelo Comitê Executivo da Saúde do Ceará, do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do CNJ. O modelo foi elaborado a partir de ampla discussão entre todos os membros do Comitê. 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.