



**COMITÊ ESTADUAL
DA SAÚDE DO CNJ**
CEARÁ

**RELATÓRIO MÉDICO PARA JUDICIALIZAÇÃO SAÚDE PÚBLICA
(medicamento fora da lista do SUS)**

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: ()F ()M CPF: _____

RG: _____ Cartão do SUS: _____

Endereço: _____, nº _____,

Bairro _____, Cidade/Estado _____, CEP _____

* O paciente encontra-se restrito ao leito ou impossibilitado de comparecer em juízo:

() sim () não

1. De acordo com a tabela abaixo, o(s) código(s) correspondente(s) à(s) doença(s) que acomete(m) o paciente são:

DOENÇAS	CÓDIGOS (CID 10)

2. Informações sobre o(s) tratamento(s)/medicamento(s)

PRINCÍPIO ATIVO(s)	QUANTIDADE POR MÊS

2.1.Tratamento:

Contínuo () Temporário () Pelo prazo de:_____

2.2. O(A) paciente necessita fazer uso de alguma marca específica de medicamento?

Não () Sim ()

Se sim, indicar o nome do medicamento e apresentar os motivos que levaram a prescrevê-lo:

3. Considerando que o(s) medicamento(s)/tratamento(s) prescrito(s) não é(são) disponibilizado(s) pelo SUS para a(s) doença(s) do paciente, devem ser respondidos os seguintes questionamentos:

3.1. O(s) medicamento(s) tem(têm) registro na ANVISA?

Sim () Não ()

3.2. O(s) medicamento(s) é(são) disponibilizado(s) para outra(s) doença(s)(off-label)?

Sim () Não ()

Se sim, deve ser explicitado qual(is) o(s) tratamento(s) ofertado(s):

3.3. Existe(m) algum(ns) tratamento(s)/medicamento(s) disponibilizado(s) pelo SUS para esta(s) doença(s)?

Sim () Não ()

Se sim, deve ser explicitado qual(is) o(s) tratamento(s) ofertado(s):

3.4. O (A) paciente já se submeteu ao(s) tratamento(s) ofertado(s) pelo SUS para esta(s) doença(s)?

() Sim. (Indicar quais os tratamentos e os motivos da sua ineficiência/ineficácia. Se existirem outros tratamentos disponibilizados pelo SUS, deve-se esclarecer por que não podem ser utilizados neste caso)

() Não. (Esclarecer qual a especificidade, no caso concreto, que justifica a concessão do medicamento não previsto na lista oficial)

3.5. O(s) fornecimento(s) do(s) medicamento(s)/tratamento(s) é urgente?

Sim() Não ()

Quais as consequências da não utilização deste(s) tratamento(s)/medicamento(s) pelo(a) paciente?

3.6. Existe(m) outra(s) alternativa(s) terapêutica(s) para o(s) tratamento(s) desta(s) doença(s) que não seja(m) disponibilizada(s) pelo SUS?

Sim () Quais? Não ()

4. Há algum conflito de interesse nesta prescrição?

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

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

_____/_____/_____ (data)

carimbo e assinatura

NOME DO PROFISSIONAL DA SAÚDE (LETRA MAIÚSCULA E LEGÍVEL):

NÚMERO DO REGISTRO: _____/ _____

AUTORIZAÇÃO

Declaro que autorizei o profissional da saúde 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 31.03.2017 pelo Comitê Executivo da Saúde do Ceará, do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do CNJ. Na reunião do dia 07.05,2021 foram aprovadas algumas alterações. 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.