



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Laudo para Avaliação de Solicitação de Medicamento por Paciente de Instituições Públicas ou Privadas

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:

Sexo: () Masculino () Feminino Data de nascimento: ____ / ____ / ____

CPF: _____ RG: _____ CNS: _____

Endereço: _____ Nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ UF: SP CEP: _____

Telefone (s): () _____

E-mail: _____

Possui Plano de Saúde: () Não () Sim. Qual: _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

2.1 Doença Principal: _____ CID: _____

Há quanto tempo: _____

Outro (s) Diagnóstico (s): _____ CID (s): _____

2.2 Casos Oncológicos: _____
• Anexar cópia do anatomopatológico e, quando aplicável, PSA ou imunohistoquímica.

Informar o estadiamento clínico TNM quando aplicável: _____

2.3 Informar datas e resultados dos exames complementares relevantes (anexar cópia): _____

3. AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO

3.1 Informar os tratamentos já realizados em ordem cronológica: _____

3.2 Descrever o atual planejamento terapêutico:

3.3 Informar a meta terapêutica proposta:

3.4 Informar como se dará o acompanhamento da resposta terapêutica e a frequência de avaliação:

4. MEDICAMENTO SOLICITADO

Denominação genérica / Dosagem:

Via da administração / Posologia / Duração do tratamento:

Peso:

Altura:

5. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E MÉDICO SOLICITANTE

Nome da instituição de saúde:

CNES:

Endereço:

Nº

Complemento:

Bairro:

Município:

UF: SP

CEP:

Telefone (s): ()

Nome do médico:

CPF:

CRM Nº:

UF:

E-mail:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do médico prescritor

Assinatura e carimbo do Diretor/ Responsável
da Instituição

Assinatura do paciente ou responsável

7. USO RESTRITO DA SES/SP