



# Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

## Formulário 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