Gravar Imprimir

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Laudo para Avaliação de Solicitação de Medicamento por Paciente de Instituição Pública ou Privada

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:

Sexo: ○ Masculino ○ Feminino Data de Nascimento: / /

CPF: RG: CNS:

Endereço: Nº:

Complemento:

Bairro: Município: UF: SP

CEP: - DDD: Telefone(s):

E-mail:

Possui Plano de Sáude: ○ Não ○ Sim Qual:

2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

2.1 Doença Principal: CID:

Há quanto tempo:

Outro(s) Diagnóstico(s):

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

Informar o estadiamento clínico TNM 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 da avaliação:

4. MEDICAMENTO SOLICITADO

Denominação genérica / Dosagem:

Via da administração / Posologia / Duração do tratamento:

Peso: Kg Altura: cm

5. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E MÉDICO SOLICITANTE

Nome da instituição de saúde:

CNES:

Endereço: Nº:

Complemento:

Bairro: Município: UF:SP

CEP: - DDD: Telefone(s):

Nome do médico solicitante:

CPF: CRM Nº: UF: SP

E-mail:

Data: / /

Assinatura e carimbo do médico prescritor

Assinatura e carimbo do Diretor/Responsável da Instituição

Assinatura do paciente ou responsável

6. USO RESTRITO DA SES/SP