

RELATÓRIO MÉDICO PARA JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE

Data: ____/____/____ Estabelecimento Solicitante: _____

1. Sobre o profissional

1.1. Nome do médico:

1.2. Número do registro no Conselho Regional de Medicina – CRM:

1.3. CNES:

1.4. Especialidade (Registro de Qualificação de Especialista no CRM):

2. Sobre o paciente

2.1. Nome do(a) paciente:

2.2. Data de nascimento: ____/____/____

2.3. CPF

2.4. Sexo: () F () M

2.5. Cartão do SUS:

2.6. Endereço completo (com CEP):

3. Sobre a forma de atendimento

3.1. Trata-se de paciente atendido pela Saúde Pública (____) ou Saúde Suplementar (____)

3.2. Qual operadora? _____

3.3. Houve tentativa de obter acesso ao produto ou serviço no plano de saúde? _____

Houve negativa? _____ Escrita ou verbal? _____ Em que data? ____/____/____

3.4. Houve tentativa de obter o produto ou serviço no SUS? _____

3.5. Em que Unidade/Município/Estado?

Houve negativa? _____ Escrita ou verbal? _____ Em que data? ____/____/____

3.6. Está em fila de espera? () Sim () Não. Em que data entrou na fila de espera? ____/____/____

4 – Exame Clínico

História da Doença Atual (HDA):

Hipótese Diagnóstica (HD): _____ Código Internacional de Doenças (CID): _____

ESCALA DE GLASGOW: _____

ABERTURA OCULAR

4 – Espontânea
3 – Comandos
2 – À dor
1 – Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

5 – Orientado
4 – Confusa
3 – Palavras inapropriadas
2 – Palavras incompreensíveis
1 – Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

6 – Obedece a comandos
5 – Localiza dor
4 – Movimento de retirada
3 – Flexão anormal
2 – Extensão anormal

ESCALA DE HUNT E HESS: Em casos de Hemorragia Subaracnóidea (HSA)

- () 0 - Assintomático, sem hemorragia subaracnóidea;
() I - Assintomático, cefaleia e rigidez de nuca leve;
() II - Cefaleia moderada a grave, rigidez de nuca, sem déficit motor pode haver acometimento de par craniano;
() III - Sonolento, confuso ou letargia, possível déficit neurológico focal leve;

8. Antes de serem prescritos os produtos ou procedimentos acima listados foram adotadas as seguintes medidas terapêuticas: _____

9. Os produtos/procedimentos, conforme finalidade diagnóstica prescrita, constam dos Protocolos Clínicos e Diretrizes terapêuticas do SUS? _____

10. Existe outro produto/procedimento(s) com o mesmo princípio ativo ou capacidade terapêutica similar oferecidos pelo SUS? Sim () Não () Quais? _____

11. Há justificativa para a prescrição do produto / procedimento específico diferenciado em razão da condição peculiar do paciente? _____

12. Há produtos, procedimentos ou medicamentos com o mesmo princípio ativo no mercado? Sim (____) Não (____).
Em caso positivo, quais? _____

13. Qual a razão para prescrever produto/serviço diferenciado àquele oferecido pelo SUS ou Plano de Saúde?

14. O produto/procedimento é imprescindível para o paciente? Sim (____) Não (____). É urgente? Sim (____) Não (____)

15. A ausência de fornecimento do medicamento, insumo ou procedimento acima poderá ocasionar quais das seguintes consequências:

(____) Risco de morte;

(____) Perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas;

(____) Grave comprometimento do bem estar;

(____) Outras:

16. A utilização dos produtos e serviços eliminará o risco das consequências / sequelas? Sim (____) Não (____).
Justificar:

Assinatura e Carimbo do Médico