**RELATÓRIO MÉDICO**

*(para solicitação judicial de medicamentos)*

**Nome do Paciente:**

**Idade:**

**CPF:**

**1. Qual patologia que acomete o paciente? Indique o respectivo CID e o tratamento indicado, contendo a DCB ou DCI, o princípio ativo, o nome de referência da substância, a posologia e o modo de administração.**

**2. O tratamento solicitado está de acordo com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) do Sistema Único de Saúde?**

**3. Todas as alternativas terapêuticas previstas no respectivo PCDT foram esgotadas ou são inviáveis ou impróprias ao quadro clínico do paciente? Por que? Justifique de forma técnica-científica.**

**4. Há evidências científicas de que o tratamento pleiteado é adequado e eficiente ao tratamento da moléstia que acomete o(a) paciente (Medicina Baseada em Evidências)? Qual o nível de evidência?**

**5. O medicamento pleiteado é a única opção para tratamento do paciente? Justifique.**

**6. Qual o tempo de utilização dos medicamentos indicados ou, tratando-se de uso contínuo ou por tempo indeterminado, qual o prazo ou periodicidade indicada para reavaliação da prescrição?**

**7. Outros esclarecimentos que se reputem necessários:**

**O subscritor se responsabiliza pela veracidade das informações prestadas, as quais servirão de prova em processo judicia, bem como declara inexistir qualquer conflito de interesses na espécie.**

**Local e Data:**

**Endereço:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefone para contato:**

**Carimbo e Assinatura:**