

RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO JUDICIAL

Prezado(a) médico(a), este formulário se destina a embasar a decisão judicial acerca de intervenções em saúde, que, muitas vezes, têm impacto social relevante sobre a gestão de saúde pública e/ ou privada. Observe que quem vai receber este relatório precisa das melhores informações, de modo que é importante que seja adequadamente preenchido e com letra legível. Repare também que as informações devem ser verdadeiras para não caracterizar uma falsa declaração e infração ao código de ética.

INFORMAÇÕES DO MÉDICO SOLICITANTE

Nome: _____ CRM: _____

Vínculo com o paciente: Serviço SUS () Serviço Privado ()

Local de trabalho onde atende o paciente: _____

Há quanto tempo é responsável pelo tratamento do paciente: _____

Informar se é o médico que se propõe à realização da intervenção terapêutica que está recomendando:
Sim () Não ()

Há conflito de interesse?

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Paciente: _____ Idade: _____

Data de nascimento: / / CPF: _____

1- Doença: _____

2- CID: _____ Data do diagnóstico: _____

3- Estadiamento ou grau atual da doença:

4- Tratamento indicado (descrever a medicação, tecnologia e/ou cirurgia indicada):

5- Em caso de tratamento cirúrgico indicar o ambiente a ser realizado se:
() ambulatorial ou () hospitalar.

6- Em relação ao procedimento é de caráter (conforme Resolução nº 1.451/95 do CFM¹):
() eletivo; () urgente; ou () emergencial.

7- Sobre o tipo de risco que o paciente potencialmente está submetido sem o tratamento solicitado:
() vida; () órgão, () função.
Qual?

8- Perspectiva de evolução clínica com agravamento do quadro:

9- Qual o resultado/efeito esperado com tratamento?

10- Descrever tratamentos prévios realizados pelo(a) paciente (se cirurgias, descrever quais foram, com respectivas datas; se medicamentos, descrever cada medicamento usado, posologia e tempo de uso de cada um):

10.1- Cirurgia (data do procedimento):

10.2- Medicamento (posologia e período/tempo de uso):

11- O tratamento previamente instituído apresentou falha ou perda de eficácia? Houve evento adverso? Houve efeito colateral? Apresentar as evidências de falha terapêutica.

12- O tratamento indicado no momento pode ser substituído por outro? Justifique.

¹ “Art.1º (...) Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.”Antiga redação do art. 1º, parágrafo único, Portaria nº 1.919, de 15 de julho de 2010, do Ministério da Saúde: “Procedimento cirúrgico eletivo é todo aquele procedimento cirúrgico terapêutico executável em ambiente ambulatorial ou hospitalar, com diagnóstico estabelecido e com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência.”.

13- Comorbidades ou outras condições que possam influenciar na indicação do tratamento atual (descrito no **quesito 01**).

14 - Outras informações relevantes ao caso.

_____, ____/____/____
(Local) (data)

(assinatura e carimbo)



QUESTÕES COMPLEMENTARES:

Esgotamento das Alternativas Disponíveis no SUS

- O paciente já utilizou terapias alternativas disponíveis no SUS antes da indicação deste tratamento? Se sim, quais foram as terapias, os resultados e/ou eventuais efeitos adversos?

- Existe algum medicamento similar ou genérico no SUS que possa substituir o solicitado? Se sim, justificar a não indicação.

Imprescindibilidade do Tratamento Solicitado

- O medicamento ou tratamento indicado é a única alternativa viável para o paciente considerando seu quadro clínico atual? Se não, quais são as outras possibilidades e por que foram descartadas?
