

Formulário para Demandas Judiciais de Acesso à Saúde (medicamentos - geral) - NAT JUS GOIÁS

Identificação do paciente:	
Idade:	Peso:
Altura:	CID¹ da doença:
* Plano de saúde: sim () não ()	Qual?
Data do diagnóstico:	

Medicamento(s) solicitado(s) apontando o princípio ativo, dosagem e tempo de uso:

Está(ão) incorporado(s) ao SUS: sim () não () Se sim: () Componente Básico () Componente Estratégico () Componente Especializado
--

Possui(em) registro na ANVISA²: sim () não () Se sim. Quais as indicações registradas na ANVISA:

Uso <i>off label</i> ou <i>on label</i>: <i>on label</i> () <i>off label</i> ()
--

Há apresentações genéricas e/ou similares: sim () não () * Qual(is)?

Descrição da história clínica, diagnóstico, estadiamento (quando pertinente) fundamentando a imprescindibilidade ou necessidade do(s) medicamento(s), indicando as possíveis consequências da falta do mesmo ao paciente.

1 CID: Classificação Internacional de Doenças

2 ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária



Comitê Executivo de Goiás

Justiça Federal

O fornecimento do(s) medicamento(s) se enquadra(m) em urgência ou emergência:

urgência () emergência ()

Informações sobre tratamento(s) progresso(s) (*medicamentos já utilizados):

Qual a forma de acesso ao tratamento?

SUS () Privado ()

Houve falhas terapêuticas ou intolerância a eventos adversos com tratamentos progressos:

sim () não ()

Descrever minuciosamente:

Há no SUS, tratamento medicamentoso, que possa substituir o tratamento aqui indicado? sim () não ()

Qual(is)?

--

Informações complementares que o médico assistente julgar importantes para a análise da demanda

--



Comitê Executivo de Goiás

Justiça Federal

É importante que sejam acostados aos autos do processo exames complementares capazes de:

- Comprovação do diagnóstico firmado pelo médico assistente (quando couber);
- Demonstração da evolução clínica do paciente (quando couber);
- Apresentação de falhas decorrentes de tratamentos anteriormente realizados e/ou eventos adversos (quando couber);
- Informação do estágio da doença (quando couber).

Data:

--

Assinatura do médico assistente e CRM