

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

<b>Identificação do paciente:</b>	
<b>Idade:</b>	<b>Peso:</b>
<b>Altura:</b> <b>Escala de Performance ECOG<sup>1</sup>:</b> ( ) "0" ( ) "1" ( ) "2" ( ) "3" ( ) "4"	<b>CID<sup>2</sup> da doença:</b>
<b>* Plano de saúde:</b> sim ( ) não ( )	<b>Qual?</b>
<b>Data do diagnóstico:</b>	

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

<b>Está(ão) incorporado(s) ao SUS:</b> sim ( ) não ( )
--

<b>Possui(em) registro na ANVISA<sup>3</sup>:</b> sim ( ) não ( ) Se sim. Quais as indicações registradas na ANVISA:

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

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

<b>O fornecimento do(s) medicamento(s) se enquadra(m) em urgência ou emergência:</b>
urgência ( ) emergência ( )

1 ECOG: Eastern Cooperative Oncologic Group (objetiva o resultado do tratamento)

2 CID: Classificação Internacional de Doenças

3 ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

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


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

sim ( ) não ( )

Qual(is)?

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


**Estadiamento atual da doença**

Clínico I \_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_ III \_\_\_\_\_ IV \_\_\_\_\_

TNM<sup>4</sup> T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

**Foi realizada alguma cirurgia durante o tratamento:** sim ( ) não ( )

Data:

Tipo de cirurgia realizada:


**QUIMIOTERAPIA? HORMONIOTERAPIA? OUTROS?** sim ( ) não ( )

(RELATAR TODOS OS ESQUEMAS REALIZADOS)

4 - T:Tumor - N: Linfonodos - M:Metástases

**1º Esquema:**

Nome do(s) medicamento(s) (esquema): \_\_\_\_\_  
Data início: \_\_\_\_\_ Data término: \_\_\_\_\_  
Ciclos/esquemas realizados: \_\_\_\_\_  
Toxicidade/efeitos colaterais: \_\_\_\_\_  
Motivo da troca do medicamento: \_\_\_\_\_

**2º Esquema:**

Nome do(s) medicamento(s) (esquema): \_\_\_\_\_  
Data início: \_\_\_\_\_ Data término: \_\_\_\_\_  
Ciclos/esquemas realizados: \_\_\_\_\_  
Toxicidade/efeitos colaterais: \_\_\_\_\_  
Motivo da troca do medicamento: \_\_\_\_\_

**3º Esquema:**

Nome do(s) medicamento(s) (esquema): \_\_\_\_\_  
Data início: \_\_\_\_\_ Data término: \_\_\_\_\_  
Ciclos/esquemas realizados: \_\_\_\_\_  
Toxicidade/efeitos colaterais: \_\_\_\_\_  
Motivo da troca do medicamento: \_\_\_\_\_

**4º Esquema:**

Nome do(s) medicamento(s) (esquema): \_\_\_\_\_  
Data início: \_\_\_\_\_ Data término: \_\_\_\_\_  
Ciclos/esquemas realizados: \_\_\_\_\_  
Toxicidade/efeitos colaterais: \_\_\_\_\_  
Motivo da troca do medicamento: \_\_\_\_\_

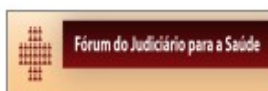
**Há no SUS, tratamento medicamentoso, que possa substituir o tratamento aqui indicado?** sim ( ) não ( )

Qual(is)?

**Desfecho esperado com o tratamento:**

( ) Tempo de sobrevida global ( ) Tempo de sobrevida livre de progressão da doença

**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**