

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

Identificação do paciente:	
Idade:	Peso:
Altura: Escala de Performance ECOG* & () "0" () "1" () "2" () "3" () "4"	CID² 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 ()

Possui(em) registro na ANVISA¹: sim () não ()

Se sim. Quais as indicações registradas na ANVISA:

Uso *off label* ou *on label*: *on label* () *off label* ()

Há apresentações genéricas e/ou similares: sim () não ()

* Qual(is)?

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

urgência () emergência ()

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

2 CID: Classificação Internacional de Doenças

" 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 _____
, \$- 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)

. - 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:

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