

## Formulário para Demandas de Acesso à Saúde (Medicamentos – Oncologia)

<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>	

**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 ANVISA<sup>3</sup>:** 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

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)

**1º Esquema:**

Nome do(s) medicamento(s) (esquema): _____
Data início: _____ Data término: _____
Ciclos/esquemas realizados: _____
Toxicidade/efeitos colaterais: _____
Motivo da troca do medicamento: _____
<b>2º Esquema:</b>
Nome do(s) medicamento(s) (esquema): _____
Data início: _____ Data término: _____
Ciclos/esquemas realizados: _____
Toxicidade/efeitos colaterais: _____
Motivo da troca do medicamento: _____
<b>3º Esquema:</b>
Nome do(s) medicamento(s) (esquema): _____
Data início: _____ Data término: _____
Ciclos/esquemas realizados: _____
Toxicidade/efeitos colaterais: _____
Motivo da troca do medicamento: _____
<b>4º Esquema:</b>
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).

<b>Data:</b>
--------------

**Assinatura do médico assistente e CRM**