



## FORMULÁRIO PARA PRESCRIÇÃO DE DEMANDAS NÃO PADRONIZADAS NO SUS

### 1. Sobre o profissional

1.1. Nome do profissional: \_\_\_\_\_

1.2. Número do registro no Conselho: \_\_\_\_\_

1.3. CNS: \_\_\_\_\_

1.4. Especialidade (se tiver): \_\_\_\_\_

### 2. Sobre o paciente

2.1. Nome do (a) paciente: \_\_\_\_\_

2.2. Data de nascimento: \_\_\_\_\_

2.3. CPF: \_\_\_\_\_

2.4. Sexo: ( ) F ( ) M

2.5. Endereço completo (com CEP): \_\_\_\_\_

### 3. Sobre a forma de atendimento

3.1. Trata-se de paciente atendido pela Saúde Pública (\_\_\_\_) ou Saúde Suplementar (\_\_\_\_)

3.2. Qual operadora? \_\_\_\_\_

3.3. Houve tentativa de obter acesso ao produto ou serviço no plano de saúde? \_\_\_\_\_

Houve negativa? \_\_\_\_\_ Escrita ou verbal? \_\_\_\_\_ Em que data? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.4. Houve tentativa de obter o produto ou serviço no SUS? \_\_\_\_\_

3.5. Em que Unidade/Município/Estado? \_\_\_\_\_

Houve negativa? \_\_\_\_\_ Escrita ou verbal? \_\_\_\_\_ Em que data? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 4. De acordo com a tabela abaixo, os códigos correspondentes as doenças que acometem o paciente são:

Enfermidade	Código (CID)

### 5. Medicamentos, produtos ou procedimentos necessários para a finalidade diagnóstica de acordo como quadro abaixo:

- Tratamento contínuo (\_\_\_\_) temporário (\_\_\_\_) pelo prazo de \_\_\_\_\_

Produtos	Posologia e via de administração



**6. Trata-se de produto aprovado pela ANVISA?** Sim (\_\_\_\_) Não (\_\_\_\_)

6.1. Caso não aprovado pela ANVISA, o produto é aprovado por órgão de controle estrangeiro?  
\_\_\_\_\_ De qual País? \_\_\_\_\_

6.2. Caso não aprovado pela ANVISA, Há estudos de evidência científica (eficácia, eficiência, efetividade e segurança) do produto? \_\_\_\_\_ Qual a evidência científica? \_\_\_\_\_

**7. Trata-se de prescrição off label?** \_\_\_\_\_

7.1. Caso positivo, justificar a prescrição off label: \_\_\_\_\_

**8. Antes de serem prescritos os produtos ou procedimentos acima listados foram adotadas as seguintes medidas terapêuticas:** \_\_\_\_\_

**9. Não foram prescritas outras medidas médicas alternativas, em razão dos seguintes motivos:**

**10. Os produtos / procedimentos conforme finalidade diagnóstica prescrita constam dos Protocolos Clínicos e Diretrizes terapêuticas do SUS?** \_\_\_\_\_

**11. Existe outro produto / procedimentos com o mesmo princípio ativo ou capacidade terapêutica similar oferecidos pelo SUS?** \_\_\_\_\_

Quais: \_\_\_\_\_

**12. Há justificativa para a prescrição do produto / procedimento específico diferenciado em razão da condição peculiar do paciente?** \_\_\_\_\_



**13. Há produtos, procedimentos ou medicamentos com o mesmo princípio ativo no mercado?**

Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_). Caso positivo? \_\_\_\_\_

Quais? \_\_\_\_\_

**14. Qual a razão para prescrever produto / serviço diferenciado àquele oferecido pelo SUS ou Plano de Saúde:** \_\_\_\_\_

**15. O produto / procedimento é imprescindível para o paciente?**

Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_). É urgente? Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_)

**16. A ausência de fornecimento do medicamento, insumo ou procedimento acima poderá ocasionar quais as seguintes consequências:**

(\_\_\_) Risco de morte

(\_\_\_) Perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas

(\_\_\_) Grave comprometimento do bem-estar

(\_\_\_) Outras

**17. A utilização dos produtos e serviços eliminará o perigo das consequências / sequelas?**

Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_). Justificar: \_\_\_\_\_

**18. Especificar o quadro clínico e as peculiaridades do paciente e demais considerações:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**19. Os produtos / procedimentos constam do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde mínimos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)?** Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_).

Outras informações ou especificações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura

Carimbo do médico/dentista