Paciente – Solicitação de Nota Técnica

Dados pessoais:

Nome:

Data de Nascimento:

CPF:

Cartão Nacional de Saúde:

Gênero [M/F]:

Altura [centímetros]:

Peso [quilogramas]

Dados de contato:

Endereço:

Cidade:

CEP:

Telefone com DD:

E-mail:

Filiação:

Nome da Mãe ou Responsável:

CPF da Mãe ou Responsável:

Profissional – Solicitação de Nota Técnica

Nome do Médico:

UF do CRM:

CRM:

CPF:

Telefone com DDD:

E-mail:

Cidade:

Especialidade:

Prescrição da Tecnologia – Solicitação de Nota Técnica

Tipo [medicamento, cirurgia, prótese, etc]:

Denominação Comum Brasileira:

Denominação Comum Internacional:

Nome Fantasia do Medicamento:

Detalhamento:

CID:

Diagnóstico/CID:

Atendimento – Solicitação de Nota Técnica

Capacidade Funcional do Paciente (performance status):

Escala de Zubrod [0-Doente assintomático ou com sintomas mínimos, etc;]:

Meio(s) Confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s):

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico proposto(s):

Paciente internado? [Sim/Não]:

Dados do estabelecimento de saúde:

Tipo [Hospital Geral, CACON, etc.]:

Nome [Nome do Hospital]:

Nº CNES:

Cidade:

Dados da Tecnologia- Solicitação de Nota Técnica

Antecedentes:

Houve tentativa de obter o produto/procedimento/medicamento? [Sim/Não]:

Tipo de negativa [Verbal/Escrita]:

Data da negativa:

Tipo [ex. Hospital Geral]:

Estabelecimento onde ocorreu a negativa [ex. Hospital São Vicente de São Paulo]:

Nº CNES:

Cidade:

Dados do Medicamento:

Medicamento:

Via de administração [oral, injetável, etc.]:

Posologia:

Uso continuo [Sim/Não]:

Duração do tratamento [número: anos/meses]:

Data da receita:

Validade da Receita [data]:

Registro da ANVISA [sim/não]:

Situação do registro da ANVISA: [sim/não/não sabe]:

Indicação em conformidade com a aprovada no registro [sim/não/não sabe]

É oncológico [sim/não]:

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da saúde [sim/não]:

Consta na padronização oficial (ex: SIGTAP, RENAME, REMUNE ou lista regional ou estadual [sim/não/não sabe]:

O produto/procedimento/medicamento está disponível no SUS [sim/não/não sabe]:

Existe alternativa disponível no SUS [sim/não]?

Especificar [ex:Nifedipina, Sildenafina]:

Justificativa para a prescrição do produto/produto/procedimento:

a) Já foi utilizado algum medicamento? Qual? O medicamento foi fornecido pelo SUS?

b) Houve eficácia?

c) Houve efeitos colaterais? Quais?

d) Houve obrigatoriedade de interrupção do tratamento?

e) Descrever a necessidade efetiva de utilização do medicamento solicitado e a impossibilidade de utilização dos medicamentos disponíveis

Dados da Tecnologia – Solicitação de Nota Técnica

Trata-se de uma situação de urgência sob o ponto de vista médico? [sim/não]:

Tipo [ex: perda de qualidade de vida]:

Do ponto de vista científico, qual medida clínica demonstra o benefício do produto/procedimento/medicamento? [qualidade de vida]:

O produto/procedimento/medicamento foi avaliado pela CONITEC? [sim/não/não sabe]:

O produto/procedimento/medicamento consta no rol da ANS (TUSS)? [sim/não/não sabe]:

O produto/procedimento/medicamento está disponível pelo plano de saúde do paciente? [sim/não/não sabe]:

Existe alternativa disponível pelo plano de saúde do paciente? [sim/não/não sabe]:

Existe benefício direto ou indireto ao prescritor ou à pessoa próxima resultante da prescrição do produto/procedimento/medicamento [selecione]:

Declara ter conflito de interesses com a indústria farmacêutica, de órteses, próteses e materiais especiais, distribuidores e pesquisa clínica relacionado a esta prescrição? [não quero declarar/sim/não]: