



PROCEDIMENTOS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO OU NUTRIÇÃO ENTERAL POR PACIENTE DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS OU PRIVADAS

NORMAS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO

- Pacientes residentes no Estado de São Paulo;
- Tratamento de doença crônica, em caráter ambulatorial;
- Não será avaliada solicitação de fórmula de manipulação;
- Não será avaliada solicitação de medicamento de associações de substâncias que são disponibilizadas de maneira isolada pelo SUS;
- Somente será avaliada solicitação de medicamento ou nutrição enteral com registro na ANVISA, com autorização e comercialização no país;
- Não será avaliada solicitação de medicamentos utilizados no tratamento das doenças relacionadas ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, Resolução Normativa ANS 387, de 29-10-2015.

DOCUMENTOS EXIGIDOS

1. Receita médica original, em duas vias, legível e com data inferior a 30 dias.
2. Formulário para avaliação de solicitação de medicamento ou nutrição enteral completamente preenchido, legível e com as assinaturas do Paciente ou Responsável, Médico prescritor e Diretor da Instituição.
3. Cópia comum do CPF, RG, Cartão Nacional da Saúde – SUS (CNS) e Comprovante de residência com CEP. Para paciente menor de idade que não possui RG ou CPF, anexar cópia da certidão de nascimento e documentos do responsável.
4. Cópia dos exames complementares que justifiquem a necessidade do medicamento ou nutrição enteral.
5. Relatório médico justificando a necessidade do item não preconizado no SUS e Declaração de inexistência de conflito de interesses em relação à indústria farmacêutica e/ou pesquisa clínica (conforme Resolução SS nº 83/2015).



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Formulário para Avaliação de Solicitação de Medicamento por Paciente de Instituições Públicas ou Privadas

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:

Sexo: () Masculino () Feminino Data de nascimento: ____ / ____ / ____

CPF: _____ RG: _____ CNS: _____

Endereço: _____ Nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ UF: SP CEP: _____

Telefone (s): () _____

E-mail: _____

Possui Plano de Saúde: () Não () Sim. Qual: _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

2.1 Doença Principal: _____ CID: _____

Há quanto tempo: _____

Outro (s) Diagnóstico (s): _____ CID (s): _____

2.2 Casos Oncológicos:

- Anexar cópia do anatomopatológico e, quando aplicável, PSA ou imunohistoquímica.

Informar o estadiamento clínico TNM quando aplicável:

2.3 Informar datas e resultados dos exames complementares relevantes (anexar cópia):

3. AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO

3.1 Informar os tratamentos já realizados em ordem cronológica:

3.2 Descrever o atual planejamento terapêutico:

3.3 Informar a meta terapêutica proposta:

3.4 Informar como se dará o acompanhamento da resposta terapêutica e a frequência de avaliação:

4. MEDICAMENTO SOLICITADO

Denominação genérica / Dosagem:

--

Via da administração / Posologia / Duração do tratamento:

Peso:

Altura:

5. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E MÉDICO SOLICITANTE

Nome da instituição de saúde:

CNES:

Endereço:

Nº

Complemento:

Bairro:

Município:

UF: SP

CEP:

Telefone (s): ()

Nome do médico:

CPF:

CRM Nº:

UF:

E-mail:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do médico prescritor

Assinatura e carimbo do Diretor/ Responsável
da Instituição

Assinatura do paciente ou responsável

7. USO RESTRITO DA SES/SP