

# DIAGNÓSTICO – LAUDO – RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO(A) PACIENTE: \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_ ALTURA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

**PARA SOLICITAÇÃO ADMINISTRATIVA OU JUDICIAL. PREENCHER COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL OU DIGITAR E FORNECER FICHA CLÍNICA OU PRONTUÁRIO E PRESCRIÇÃO-RECEITA. SE O ESPAÇO FOR INSUFICIENTE, PREENCHER NO VERSO DA FOLHA OU INCLUIR FOLHA COMPLEMENTAR.**

01. QUAL A DOENÇA DE QUE PADECE O(A) PACIENTE E O CID?

02. QUAL O PRODUTO PRESCRITO, PRINCÍPIO ATIVO, DCB OU DCI, E A POSOLOGIA? OU A ÓRTESE, PRÓTESE, EQUIPAMENTO OU INSTRUMENTO (DETALHAR)? OU O PROCEDIMENTO PRESCRITO (DETALHAR)? OU OUTROS (DETALHAR)?

03.É IMPRESCINDÍVEL?

03.01.QUAL O RISCO, OU CONSEQUÊNCIA, SE O(A) PACIENTE NÃO FOR PRONTAMENTE TRATADO COM O PRODUTO PRESCRITO? 03.02.OU, QUANDO FOR O CASO, SE NÃO OBTIVER A ÓRTESE, PRÓTESE, EQUIPAMENTO OU INSTRUMENTOS PRESCRITOS? 03.03.OU SE NÃO FOR REALIZADO O PROCEDIMENTO PRESCRITO?

04.O(A) PACIENTE FOI SUBMETIDO A TODAS AS ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS DISPONÍVEIS PELO SUS, PARA O TRATAMENTO, COMO CONSTA DOS PCDTs ESPECÍFICOS SOBRE A DOENÇA?

04.01. QUAIS E QUE RESULTADOS OBTIVEU?

04.02. OU NÃO FOI SUBMETIDO A TODAS AS ALTERNATIVAS, DEVIDO A ALGUMA REAÇÃO QUE LHE SERIA PREJUDICIAL, E QUAL? (REFRATARIEDADE, INTOLERÂNCIA, INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS, REAÇÕES ADVERSAS, HEREDITARIEDADE, GENÉTICA, IDIOSSINCRASIA, OU OUTRAS?) JUSTIFICAR TÉCNICA, CONSISTENTE, FUNDAMENTADAMENTE.

05.O SUBSCRITOR SE RESPONSABILIZA PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS, AS QUAIS SERVIRÃO DE PROVA EM PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO DECLARA INEXISTIR QUALQUER CONFLITO DE INTERESSES NA ESPÉCIE?

CIDADE-ESTADO E DATA:

CARIMBO, C R M E ASSINATURA DO(A) MÉDICO(A):

**DOCUMENTOS PESSOAIS NECESSÁRIOS:**

**RG, CPF, CARTÃO SUS, CONTA DE ÁGUA OU LUZ, RECIBO DE RENDA OU DE SALÁRIO, OU DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE RENDA.**

**DOCUMENTOS MÉDICOS NECESSÁRIOS:**

**DIAGNÓSTICO MÉDICO FUNDAMENTADO, RECEITA MÉDICA, EXAMES MÉDICOS ESPECÍFICOS, FICHA CLÍNICA OU PRONTUÁRIO MÉDICO**