



**FORMULÁRIO PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS/FÓRMULAS NUTRICIONAIS NÃO PADRONIZADOS NO SUS
(INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES AO LME OU LFN)**

Nome do(a) paciente: _____

Medicamento/fórmula nutricional: _____

Enfermidade: _____ CID-10: _____

1. Sobre a forma de atendimento:

1.1. Trata-se de paciente atendido nos serviços: público de saúde () Privado () [Plano de saúde (), qual operadora? _____]

1.2. Houve tentativa de acesso ao medicamento no plano de saúde? Sim () Não ()

1.2.1. Caso positivo, em que data? ____/____/____ Houve negativa? [Sim, Escrita () Verbal ()] Não ()

1.3. Houve tentativa de obter o medicamento no SUS? Sim () Não ()

1.3.1. Caso positivo, em que Unidade/Município/Estado? _____
Em que data? ____/____/____ Houve negativa? [Sim, Escrita () Verbal ()] Não ()

2. Trata-se de produto(s) aprovado(s) pela ANVISA? Sim () Não ()

3. Trata-se de prescrição *off label*? Sim () Não ()

3.1. Caso positivo, informe a evidência científica que justifique a prescrição *off label* _____

4. Foram prescritos tratamentos prévios não farmacológicos, ou, no caso de fórmulas nutricionais, suplementação artesanal?

4.1. Sim (), especifique _____

4.2. Não (), Justifique a não prescrição _____

5. Foram prescritos tratamentos prévios farmacológicos/fórmulas nutricionais padronizados no SUS? Sim ()
Não ()

5.1. Caso positivo, especifique dosagem e tempo de uso de cada um deles _____



6. Existe alternativa terapêutica disponível no SUS? Sim () Não ()

6.1. Caso positivo, justifique a razão para a prescrição de medicamento(s)/ fórmula(s) nutricional(is) não padronizado em detrimento ao oferecido pelo SUS _____

7. O medicamento(s)/ fórmula(s) nutricional(is) prescrito(s) conta(m) nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS? Sim () Não ()

8. Trata-se de tratamento contínuo? Sim () Não (), tempo previsto _____

9. O medicamento(s)/ fórmula(s) nutricional(is) é imprescindível para o paciente? Sim () Não () É urgente? Sim () Não ()

10. A ausência de fornecimento do medicamento(s)/ fórmula(s) nutricional(is) acima poderá ocasionar quais as seguintes consequências:

() Risco de morte

() Perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas

() Grave comprometimento do bem-estar

() Outras, especifique _____

11. A utilização do medicamento(s)/ fórmula(s) nutricional(is) eliminará o perigo das consequências/sequelas?

Sim () Não (), justifique: _____

12. Especificar o quadro clínico, as peculiaridades do paciente e demais considerações que justifique a prescrição do medicamento(s)/ fórmula(s) nutricional(is) _____

DATA: ____/____/____

Carimbo e Assinatura do prescritor.