

# Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo



## Formulário para Avaliação de Solicitação de Medicamento por Paciente de Instituição Pública ou Privada

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:

Sexo:      Masculino      Feminino      Data de Nascimento:      /      /

CPF:      RG:      CNS:

Endereço:      Nº:

Complemento:

Bairro:      Município:      UF: SP

CEP:      -      DDD:      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):

2.2 Casos Oncológicos: Anexar cópia do anatomopatológico e, quando aplicável, PSA ou imunohistoquímica.

Informar o estadiamento clínico TNM 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 da avaliação:

