

RELATORIO MÉDICO PARA JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE

1. Sobre o Profissional

1.1 Nome do médico: Leandro Froes Batista

1.2 Número do Registro no Conselho Regional de Medicina – CRM: CRM MG 76982

1.3 Especialidade (se tiver):

NEUROCIRURGIA - RQE MG 61846

2. Sobre o Paciente

2.1 Nome do(a) paciente: NOME DO PACIENTE

2.2 Data de nascimento: 01-01-1960

2.3 CPF: 123.456.789-90

2.4 Sexo: ☐ F ☒ M

2.5 Endereço completo (com CEP):

RUA FICTICIA NO LOCAL TAL, NÚMERO 123, BAIRRO FICTICIO, CIDADE

CEP 12.345-67

3. Sobre a Forma de Atendimento

3.1 Trata-se de paciente atendido pela Saúde Pública ☒ ou Saúde Suplementar ☐

3.2 Qual operadora? SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.3 Houve tentativa de obter acesso ao produto/serviço junto à operadora de plano ou seguro de saúde? _

Sim (☒) Não (☐). Houve negativa? Sim (☒) Não (☐).

Escrita ou verbal? ESCRITA Em que data? 01 / 01 / 2024

3.4 Houve tentativa de obter o produto ou serviço no SUS? Sim (☒) Não (☐).?

3.5 Em que Unidade/Município/Estado? MONTES CLAROS

Houve Negativa? Sim ☒ Não ☐ Escrita ou Verbal ESCRITA Em que data 01 / 01 / 2024

4. Especificar o quadro clínico e as peculiaridades do paciente, incluindo as demais considerações que entender cabíveis :

PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE PARKINSON HÁ MAIS DE 5 ANOS COM QUADRO CLÍNICO REFRACTÁRIO AO TRATAMENTO CLÍNICO OTIMIZADO APRESENTANDO SINTOMAS DE TREMOR, RIGIDEZ E BRADICINESIA COM IMPORTANTE IMPACTO EM SUA QUALIDADE DE VIDA, INDICADO TRATAMENTO COM ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA (DBS) PORÉM SEM DISPONIBILIDADE DO MATERIAL PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO, CONFORME NEGATIVA EM ANEXO.

4.1 Nos termos da tabela abaixo, inserir os códigos correspondentes às doenças que acometem o paciente:

Enfermidade	Código (CID)
DOENÇA DE PARKINSON	G20

5. Medicamentos, produtos ou procedimentos necessários para a finalidade diagnóstica de acordo com o quadro abaixo:

- Tratamento contínuo ☒ temporário (☐) pelo prazo de 2 ANOS	
Produtos	Posologia e Via de Administração
LEVODOPA 200/50 MG	01 COMPRIMIDO 4X AO DIA VIA ORAL
ENTACAPONE 200MG	01 COMPRIMIDO 4X AO DIA VIA ORAL
PRAMIPEXOL 1 MG	02 COMPRIMIDOS AO DIA VIA ORAL
RASIGILINA 1 MG	01 COMPRIMIDO DIA VIA ORAL

6. Trata-se de produto registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)?
 Sim (☒) Não (☐)

6.1. Caso não registrado na ANVISA, o produto possui registro em órgão de controle estrangeiro?
 Sim (☐) Não (☐) De qual País: ? NÃO SE APLICA

6.2. Caso não registrado na ANVISA, há estudos de evidência científica (eficácia, eficiência, efetividade e segurança) do produto? Sim (☐) Não (☐) Qual a evidência científica?
 NÃO SE APLICA. PRODUTO REGISTRADO NA ANVISA.

6.3. Caso não registrado na ANVISA, sendo possível, informar se o produto teve a importação autorizada em caráter excepcional pela referida agência? NÃO SE APLICA. PRODUTO REGISTRADO NA ANVISA.

7. Trata-se de prescrição *off label* (utilização fora das prescrições aprovadas no registro)?
 Sim (☐) Não (☒)

7.1. Caso positivo, justificar prescrição *off label* (se possível, informar sobre eventual existência de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec para o uso pretendido ou autorização excepcional por parte da ANVISA ou evidência cientificamente aceita): NÃO SE APLICA, PRODUTO COM PRESCRIÇÃO ESTABELECID.

8. Antes de serem prescritos os produtos ou procedimentos acima listados foram adotadas as seguintes medidas terapêuticas: TRATAMENTO CLÍNICO OTIMIZADO.
 FOI TENTADO MEDICAÇÕES NAS DOSES MÁXIMAS TOLERADAS , SEM RESPOSTA SATISFATÓRIA.

9. Não foram prescritas outras medidas médicas alternativas em razão dos seguintes motivos: NÃO SE APLICA.

10. Os produtos / procedimentos, conforme finalidade diagnóstica prescrita, constam nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS? Sim (☒) Não (☐)

Identificação Médica
Assinatura física ou eletrônica

11. Existem outros produtos/procedimentos com o mesmo princípio ativo ou capacidade terapêutica similar oferecidos pelo SUS que podem substituir a prescrição no caso concreto do(a) paciente?

Sim (☐) Não (☒). Quais: _____

11.1 Há justificativa para a prescrição do produto / procedimento específico diferenciado em razão da condição peculiar do paciente? Sim (☒) Não (☐)

11.2 Explicar a finalidade da prescrição: SIM, O PACIENTE É REFRACTÁRIO AO TRATAMENTO CLÍNICO.

12. O produto / procedimento é imprescindível para o paciente? Sim (☒) Não (☐). É urgente? Sim (☐) Não (☒)

13. A ausência de fornecimento do medicamento/insumo/procedimento acima poderá ocasionar quais das seguintes consequências:

- ☐ Risco de morte
☐ perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas
☒ Grave comprometimento do bem estar
☐ Outras _____

14. A utilização dos produtos e serviços eliminará o perigo das consequências / sequelas?

Sim (☒) Não (☐). Justificar: CONTROLE DOS SINTOMAS.

15. Os produtos / procedimentos constam do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde mínimos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)? Sim (☒) Não (☐)

Outras informações ou especificações: _____

Observação: O presente relatório médico foi aprovado em reunião do dia _____ pelo Comitê Executivo Estadual da Saúde de Minas Gerais, do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do CNJ (www.comitesaudemg.com.br). O modelo foi elaborado a partir de ampla discussão entre todos os membros do Comitê e com prévia colheita de sugestões ao Conselho Regional de Medicina – CRM/MG e do Conselho Regional de Farmácia – CRF/MG e Conselho Regional de Odontologia – CRO/MG. Sua elaboração decorreu da constatação das dificuldades dos operadores jurídicos em compreender a técnica médica e da necessidade de instruir as demandas judiciais com informações para compreender a necessidade, eficácia, eficiência, efetividade e segurança dos produtos e serviços de saúde a que se pretende ter acesso, possibilitando ainda uma melhor qualificação técnica das decisões judiciais.

Identificação Médica
Assinatura física ou eletrônica