

ANEXO VII

FORMULÁRIO DE JUSTIFICATIVA DE USO DO MEDICAMENTO A BASE DE TALIDOMIDA

Nº. DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA: \_\_\_\_\_

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

1.1. NOME: \_\_\_\_\_

1.2. DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

1.3. Nº DA IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

1.4. C.P.F.: \_\_\_\_\_

1.5. ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

2. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE (hospital, clínica ou consultório):

2.1. NOME: \_\_\_\_\_

2.2. ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

3. DIAGNÓSTICO DA DOENÇA: \_\_\_\_\_

3.1. EXAMES COMPROBATÓRIOS: \_\_\_\_\_

4. CID: \_\_\_\_\_

5. HISTÓRICO: \_\_\_\_\_

6. EVOLUÇÃO CLÍNICA: \_\_\_\_\_

7. TEMPO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

8. TRATAMENTOS FEITOS ANTERIORMENTE: \_\_\_\_\_

9. JUSTIFICATIVA DA INDICAÇÃO: \_\_\_\_\_

10. PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO EM IDADE FÉRTIL, INDICAR OS DOIS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS UTILIZADOS:

1º método: \_\_\_\_\_ Data de início do uso: \_\_\_\_\_

2º método: \_\_\_\_\_ Data de início do uso: \_\_\_\_\_

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (citar e anexar): \_\_\_\_\_

Eu Dr. (a) \_\_\_\_\_ assumo a responsabilidade sobre a prescrição de Talidomida para a doença citada nos itens 3 e 4 deste formulário.

DATA: \_\_\_\_\_

NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

ASSINATURA, CRM e CARIMBO: \_\_\_\_\_