

# RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO – EVOLUÇÃO CLÍNICA

**Relatório Padronizado – Evolução Clínica** - Caro (a) Doutor (a), solicitamos informações adicionais para orientação dos auditores médicos do PLANSEV quanto à continuidade do procedimento terapêutico indicado para nosso (a) beneficiário (a):

**DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_

## I – Identificação do Médico Assistente

1. Nome: \_\_\_\_\_ 2- CRM: \_\_\_\_\_ 3- Celular: \_\_\_\_\_

4- Gastroenterologista/Coloproctologista? Sim (  ), Não (  )

Título Especialista Sociedade / Residência Médica \_\_\_\_\_ 5- Telefone: \_\_\_\_\_

1. Declaro que sou responsável pela supervisão deste tratamento e prestarei ao beneficiário, a vigilância sanitária e à equipe envolvida na administração do medicamento as informações médicas se fizerem necessárias;
2. Autorizo os auditores médicos do PLANSEV a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço para informações complementares;
3. A critério médico o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos.

## II – Identificação do Paciente

1. Nome do paciente: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

## III – Avaliação mais recente da atividade da doença:

Índice simplificado de CDAI e/ou Escore Mayo – GEDIIB<sup>27</sup>

1: Número de evacuações: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Observação: \_\_\_\_\_

2: Proteína C Reativa mg/dl: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Observação: \_\_\_\_\_

3: Calprotectina Fecal mg/dl: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Observação: \_\_\_\_\_

4: Atividade de doença pelo médico – CDAI e/ou Escore de Mayo (01-12) Total: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

5. Observação: \_\_\_\_\_

## IV – Recomendação:

1: Manter o tratamento: \_\_\_\_\_

2: Interromper o tratamento \_\_\_\_\_

3: Alterar o tratamento (enviar relatório e prescrição médica): \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Posologia: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Assinatura/CRM do médico assistente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_