



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO
POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE
DOR CRÔNICA**

Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS nº 1 - 22/08/2024



Declaro para fins de solicitação de medicamentos para o tratamento de Dor Crônica que o(a) paciente _____, apresenta os seguintes critérios relacionados abaixo:

CRITÉRIOS GERAIS DE INCLUSÃO (Preenchimento obrigatório)

QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO DE DOR NEUROPÁTICA - DN4

Complete o questionário marcando uma resposta para cada número (cada **sim** assinalado corresponde a 1 ponto):

Entrevista com o paciente		
Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?		
• Queimação	() Sim	() Não
• Sensação de frio dolorosa	() Sim	() Não
• Choque elétrico	() Sim	() Não
Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?		
• Formigamento	() Sim	() Não
• Alfinetada e agulhada	() Sim	() Não
• Adormecimento	() Sim	() Não
• Coceira	() Sim	() Não
Exame do paciente		
Questão 3: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?		
• Hipoestesia ao toque	() Sim	() Não
• Hipoestesia à picada de agulha	() Sim	() Não
Questão 4: Na área dolorosa, a dor pode ser causada ou aumentada por:		
• Escovação	() Sim	() Não

Score: _____/10

Dor Nociceptiva (< 4)

Dor Neuropáticos (≥ 4)

Qual o tipo de dor apresentada pelo paciente?

() Dor Nociceptiva

() Dor Mista

() Dor Neuropática

() Dor Nociplástica

() Dor Oncológica

Duração da dor superior a 90 dias?

() Sim. Quantos dias: _____

() Não

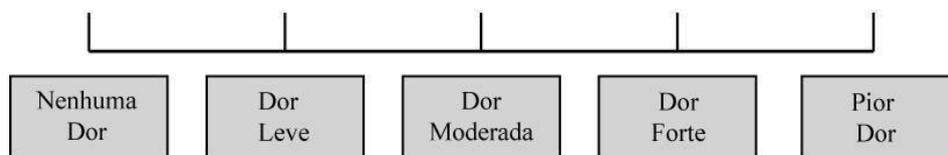
Paciente apresenta diagnóstico de osteoartrite de joelho ou de quadril?

() Sim

() Não

INTENSIDADE DA DOR (preenchimento obrigatório):

Indique, na figura, qual das cinco categorias melhor representa a intensidade da dor que o paciente sente:



Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Local e data