



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DO PRODUTO
CANABIDIOL ATRAVÉS DA DIAF/SC PARA O TRATAMENTO DE
EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE**



I - DADOS DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE (Preenchimento obrigatório dos campos abaixo):

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE:

NÚMERO DO CNES DA UNIDADE:

II - DADOS GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (Preenchimento obrigatório dos campos abaixo):

NOME COMPLETO DO PACIENTE:

CNS:

CPF:

IDADE:

PESO ATUAL (KG):

ALTURA (CM):

RAÇA/COR/ETNIA:

() BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA () INDÍGENA () INFORMAR ETNIA: _____

NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL:

III - PRODUTO (Preenchimento obrigatório dos campos abaixo):

DESCRIÇÃO DO PRODUTO
(em miligrama/dia):

QUANTIDADE SOLICITADA (quantidade de frascos/mês):

1º MÊS

2º MÊS

3º MÊS

4º MÊS

5º MÊS

6º MÊS

**IV- PRIMEIRA SOLICITAÇÃO DO PRODUTO CANABIDIOL PARA FINS MEDICINAIS
(Preenchimento obrigatório dos campos abaixo apenas na primeira solicitação):**

CID-10:

DIAGNÓSTICO:

Possui diagnóstico de Epilepsia refratária na:

() Síndrome de Dravet

() Síndrome de Lennox-Gastaut

() Complexo da Esclerose Tuberosa

() Apresenta outro diagnóstico

Número de crises epiléticas durante 1 mês antes de iniciar o uso do Canabidiol: _____

Apresenta refratariedade aos tratamentos propostos no PCDT de Epilepsia? () SIM () NÃO

Descrever os fármacos antiepiléticos (monoterapia ou associações) que já foram utilizados pelo paciente e tempo de uso:

- a) Fármaco: _____ Tempo: _____
b) Fármaco: _____ Tempo: _____
c) Fármaco: _____ Tempo: _____
d) Fármaco: _____ Tempo: _____

Paciente irá utilizar algum medicamento complementar ao tratamento com Canabidiol? Qual?

**V - SOLICITAÇÃO DE RENOVAÇÃO OU REAVALIAÇÃO DO PRODUTO CANABIDIOL PARA FINS MEDICINAIS
(Preenchimento obrigatório dos campos abaixo somente na continuidade do tratamento):**

A frequência das crises convulsivas reduziu pelo menos 30% em comparação ao início do tratamento?
() Sim () Não

Número de crises epiléticas durante 1 mês após de iniciar o uso do Canabidiol: _____

Apresentou reações adversas ou intolerância ao uso do Canabidiol? Qual?

VI - CONTRAINDICAÇÕES (Preenchimento obrigatório dos campos abaixo na primeira solicitação e na continuidade do tratamento):

O paciente apresenta uma das contraindicações descritas abaixo?

- () Histórico de dependência química a drogas de abuso;
() Gravidez e lactação;
() Transtorno psiquiátrico grave;
() Doença cardiovascular grave;
() Não apresenta nenhuma das contraindicações informadas acima.

Justificar o uso do produto Canabidiol se assinalado que paciente apresenta contraindicação: _____

VII - DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE (Preenchimento obrigatório dos campos abaixo):

NOME DO MÉDICO:

CRM:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: