



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO
POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE SÍNDROME
MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO**

Portaria SAES/SCTIE/MS nº 22, de 03 de novembro de 2022



Declaro, para os devidos fins de solicitação de medicamentos do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Síndrome Mielodisplásica de Baixo Risco, que **a(o) usuá(ri)a(o)** _____, não apresenta critérios de exclusão e preenche os critérios de inclusão estabelecidos.

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO:

1. Laudo Médico com histórico clínico e classificação de risco da SMD (pontuação do IPSS - International Prognostic Score System e pontuação do WPSS - WHO classification-based prognostic scoring system) (de forma legível).

() Declaro que, durante a avaliação clínico-laboratorial, foi realizado diagnóstico diferencial criterioso e foram excluídas as outras causas de citopenia de exclusão obrigatória segundo PCDT: deficiências nutricionais, infecção por vírus do HIV, hepatites B e C, CMV, doenças autoimunes, hepática e renal, hipotireoidismo, anemia aplásica, neoplasias e uso de medicamentos.

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Local e data