FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE TALIDOMIDA PARA O TRATAMENTO DE SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS n° 22, de 03 de novembro de 2022

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

Declaro, para os devidos fins de solicitação de medicamentos do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Síndrome Mielodisplásica de Baixo Risco, que **a(o) usuária(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 aplástica, neoplasias e uso de medicamentos.

_____ _____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a) Local e data