

ANEXO I

RELATÓRIO MÉDICO PARA DISPENSAÇÃO DE SERTRALINA PARA ANSIEDADE E DEPRESSÃO

1-DADOS DO PACIENTE/ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome:		
Data de Nascimento:	CID10:	
Cartão SUS	Peso (Kg):	Sexo:
Telefone:	CPF:	
Estabelecimento de Saúde Solicitante: CNES:		

2- CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO / DADOS SOBRE O TRATAMENTO

Ferramenta utilizada para diagnóstico () CID 10 () DSM-V () Outros. Se outros: Qual?	
Descrição dos sinais e sintomas segundo a ferramenta utilizada:	
Conclusão Diagnóstica:	
Dados do tratamento com sertralina:	Dose:
	Posologia:
	Tempo de tratamento previsto:
	Quantidade solicitada(mensal):
Justificativa para o tratamento proposto:	

3- ESPAÇO RESERVADO AO AVALIADOR

Autorização da dispensação: () Sim () Não	
Justificativa:	
_____	Cuiabá, ___/___/___.
Médico Avaliador	