RELATÓRIO MÉDICO PARA DISPENSAÇÃO DE PROTETOR SOLAR PARA PACIENTES LÚPICOS COM DEFINIDA FOTOSSENSIBILIDADE.*

1-DADOS DO PACIENTE/ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

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

2- CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO / DADOS SOBRE O USO DE FOTOPROTETOR

Ferramenta utilizada para diagnóstico ( )*American College of Rheumatology* (2007) ( ) EULAR

Critérios diagnósticos presentes, segundo a Classificação diagnóstica utilizada:

***Score* obtido:**

Dados da solicitação
( ) Primeira solicitação ( ) Renovação

Justificativa para o uso do fotoprotetor:

3-ESPAÇO RESERVADO AO AVALIADOR

Autorização da dispensação: ( ) Sim ( ) Não

Justificativa:

_____

Médico Avaliador Cuiabá, ___/___/___.

*Todos os campos são de preenchimento obrigatório.