

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, ____/____/____.