



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Formulário para Prescrição de Medicamento não Padronizado pela Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)**

**1. Sobre o profissional**

1.1. Nome do profissional:

1.2. Número do Registro no Conselho:

1.3. CNS:

1.4. Especialidade (se houver):

**2. Sobre o paciente**

2.1. Nome do (a) paciente:

2.2. Data de nascimento:

2.3. CPF:

2.4. Sexo: ( ) F ( ) M

2.5. Endereço completo (com CEP):

2.6. Número do cartão da AMA:

**3. De acordo com a tabela abaixo, os códigos correspondentes às doenças que acometem o paciente são:**

ENFERMIDADE	CÓDIGO (CID)

**4. Medicamento necessário para o paciente:**

- Tratamento contínuo (\_\_\_) temporário (\_\_\_) pelo prazo de \_\_\_\_\_

Produto	Posologia e via de administração

**5. Trata-se de produto aprovado pela ANVISA? SIM (\_\_\_) NÃO (\_\_\_)**

5.1. Caso não aprovado pela ANVISA, o produto é aprovado por órgão de controle estrangeiro?  
\_\_\_\_\_ De qual País? \_\_\_\_\_

5.2. Caso não aprovado pela ANVISA, há estudos de evidência científica (eficácia, eficiência,



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

efetividade e segurança) do produto? \_\_\_\_\_

Qual evidência?

---

---

**6. Trata-se de prescrição off label?**

6.1 Caso positivo, justificar prescrição off label:

---

---

**7. Antes de ser prescrito o medicamento situado no Item 4, foram adotadas as seguintes medidas terapêuticas:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**8. Não foram prescritas outras medidas alternativas, em razão dos seguintes motivos:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**9. Existe outro medicamento com o mesmo princípio ativo ou capacidade terapêutica similar padronizado pela REMUME, ou disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde? \_\_\_\_\_ Quais: \_\_\_\_\_**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

10. Há justificativa para prescrição do produto específico diferenciado em razão da condição peculiar do paciente?

11. Há produtos, ou medicamentos com o mesmo princípio ativo no mercado?

Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_). Caso positivo?

Quais? \_\_\_\_\_

12. Qual a razão para prescrever o medicamento diferenciado àquele padronizado pela REMUME?

13. O produto é imprescindível para o paciente?

SIM (\_\_\_) NÃO (\_\_\_). É urgente? Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_)

14. A ausência de fornecimento do medicamento acima poderá ocasionar quais consequências:

Risco de Morte (\_\_\_) Perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas (\_\_\_) Grave comprometimento do bem-estar (\_\_\_) Outras



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**15. A utilização do medicamento eliminará o perigo das consequências/ sequelas?**

Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_).

Justificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**16. Especificar o quadro clínico e as peculiaridades do paciente e demais considerações:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico  
Nº do CRM \_\_\_\_\_.  
Carimbo do profissional