

Cartilha da Saúde

Aos prescritores

Defensoria Pública do Estado de Alagoas
Núcleo da Saúde



CARTILHA DA SAÚDE - AOS PRESCRITORES

Esta Cartilha tem por objetivo informar os prescritores acerca dos serviços ofertados pela Defensoria Pública do Estado de Alagoas, assim como orientar sobre os documentos necessários à realização de pedidos administrativos e judiciais no âmbito da saúde, em conformidade com legislação e jurisprudência dos Tribunais Superiores.

1. DEFENSORIA PÚBLICA

A Defensoria Pública é uma instituição permanente cuja atribuição é oferecer, de forma integral e gratuita, aos cidadãos necessitados, orientação jurídica, promoção dos direitos humanos e a defesa dos direitos individuais e coletivos, em todos os graus, judicial e extrajudicialmente, incluindo o direito constitucional à saúde.



2. QUEM PODE UTILIZAR O SERVIÇO DA DEFENSORIA PÚBLICA

Pessoas que não possuem condição financeira para arcar com o pagamento pela prestação de serviços jurídicos, podendo o defensor público solicitar documentos que comprovem a situação de hipossuficiência.

Em regra, o interessado deverá comprovar renda de até três salários mínimos.

3. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

O interessado deverá comparecer à Defensoria Pública com cópias e originais do RG, CPF, Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), comprovante de residência, cartão do SUS e laudo médico.



4. LOCAIS DE ATENDIMENTO

- Capital: Núcleo da saúde: Av. Comendador Leão, n. 555, Poço, Maceió –AL.
- Demais Municípios: sede da Defensoria Pública de cada cidade.

5. SERVIÇOS DO NÚCLEO DA SAÚDE

Solicitar consultas, exames, medicamentos, suplementos nutricionais, insumos (próteses, cadeiras de rodas, fraldas etc), home care e cirurgias no âmbito administrativo e judicial.

6. SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES



Laudo médico atualizado com as seguintes informações:

- a) Doença (CID)
- b) Consulta ou exame.

Observação: Exames que necessitam da autorização de procedimento ambulatorial (APAC): cintilografias, arteriografias¹, PET CT², ressonâncias, tomografias, angiressonância cerebral com e sem contraste, densitometria óssea; linfocintilografia, cateterismo³.

1 Autoriza e agenda no prestador.

2 Autoriza e agenda na Medradius.

3 Autoriza e agenda no prestador.

7. REQUISITOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Laudo médico atualizado com as seguintes informações:

- a) Letra legível;
- b) Descrição da patologia com CID;
- c) Medicamento (denominação comum brasileira);
- d) Forma farmacêutica;
- e) Concentração;
- f) Posologia;
- g) Duração do tratamento (informar período ou se será por tempo indeterminado); ⁴
- h) Informar se existe alternativa terapêutica disponível no SUS; ⁵
- i) Justificar a possibilidade/impossibilidade de utilizar o medicamento disponível no SUS; ⁶
- j) Se há urgência e justificar;
- l) Carimbo, assinatura, CRM do profissional e telefone.



4. Tempo indeterminado ≠ uso contínuo.

5. RE 657.718 STF: 1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União.

REsp 1.657.156 STJ A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: (i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; (ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; (iii) existência de registro do medicamento na Anvisa, observados os usos autorizados pela agência.

6. Formulário padrão em anexo

8. REQUISITOS PARA SOLICITAÇÃO DE SUPLEMENTO NUTRICIONAL



8.1 Criança com alergia alimentar - APLV (alergia à proteína do leite de vaca)

Laudo médico atualizado com as seguintes informações:

- a) Letra legível;
- b) Descrição da patologia com CID;
- c) Avaliação nutricional (antropometria, semiologia e necessidades nutricionais);
- d) Prescrição da fórmula com nome, volume, quantidade/mês, tempo de uso⁷ (informar período ou se será por tempo indeterminado);⁸
- e) Carimbo, assinatura, CRM do profissional e telefone.

8.2 Criança e adolescente para suplemento oral e/ou dieta enteral

Relatório do nutricionista atualizado com as seguintes informações:

- a) Letra legível;
- b) História clínica;
- c) Antropometria;
- d) Necessidades nutricionais;
- e) Justificativa
- f) Prescrição da fórmula com três opções, volume, quantidade mês e tempo de⁹uso (informar período ou se será por tempo indeterminado);
- g) Carimbo, assinatura, CRN do profissional e telefone.

7 - Tempo indeterminado ≠ uso contínuo

8 - Facultativo

9 - Tempo indeterminado ≠ uso contínuo

8.3 Adulto e idoso para suplemento oral e/ou dieta enteral

Relatório do nutricionista atualizado com as seguintes informações:

- a) Letra legível;
- b) História clínica;
- c) Antropometria;
- d) Semiologia;
- e) Necessidades nutricionais;
- f) Justificativa;
- g) Prescrição da fórmula com três opções, volume, quantidade mês e tempo de uso (informar período ou se será por tempo indeterminado ¹⁰);
- h) Carimbo, assinatura, CRN do profissional e telefone.

Observação: Pacientes em tratamento oncológico, incluir o histopatológico e laudo médico.

9. REQUISITOS PARA SOLICITAÇÃO DE PRÓTESES E CADEIRAS DE RODAS

Relatório do fisioterapeuta, médico ou terapeuta ocupacional atualizado com as seguintes informações:

- a) Letra legível;
- b) Descrição da patologia com CID;
- c) Breve histórico do processo de amputação;
- d) Descritivo da prótese indicada conforme o quadro clínico, idade, estado cognitivo e situação laboral;
- e) Em caso de histórico de uso de próteses, observar a data do último recebimento de equipamento pelo SUS. Em havendo necessidade de substituição, justificar (o descritivo não deve fazer referência a marcas, nomes comerciais ou empresas em específico);
- h) Carimbo, assinatura, Crefito ou CRM profissional e telefone.



10 - Tempo indeterminado ≠ uso contínuo

10. REQUISITOS PARA SOLICITAÇÃO DE FRALDAS¹¹

Laudo médico atualizado com as seguintes informações:

- a) Letra legível;
- b) Descrição da patologia com CID;
- c) Tipo de fralda (pediátrica ou geriátrica);
- d) Tamanho da fralda e quantidade;
- e) Tempo de uso (informar período ou se será por tempo indeterminado);
- f) Carimbo, assinatura, CRM do profissional e telefone.

11. REQUISITOS PARA SOLICITAÇÃO DE HOME CARE

Laudo médico atualizado com as seguintes informações:

- a) Letra legível;
- b) Descrição da patologia com CID;
- c) Justificativa para o home care,
- d) Especificar equipe multidisciplinar necessária;
- e) Periodicidade de cada especialista;
- f) Duração do tratamento (informar período ou se será por tempo indeterminado);
- g) Carimbo, assinatura, CRM do profissional e telefone.

12. REQUISITOS PARA SOLICITAÇÃO DE CIRURGIAS

Laudo médico atualizado com as seguintes informações:

- a) Letra legível;
- b) Descrição da patologia com CID;
- c) Nome do procedimento,
- d) OPME (lista detalhada dos materiais);
- e) Quantidade de diárias em enfermaria/UTI;
- f) Quantidade de bolsas de sangue;
- g) Informar se existe outro tratamento disponível no SUS,
- h) Justificar a possibilidade/impossibilidade de utilizar o tratamento disponível no SUS;
- i) Carimbo, assinatura, CRM do profissional e telefone.

11 - Formulário disponível no sítio eletrônico <http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/admin/pdf/2016/08/FORMUL%C3%81RIO-FRALDAS.pdf>

FORMULÁRIOS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE ALAGOAS - SESAU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ - SMS

Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde - NIJUS

FORMULÁRIO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO CONSTANTE NA REMUME, RENAME E NEM NA RELAÇÃO DOS COMPONENTES ESPECIALIZADOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PORTARIA Nº 1554 de 30 de julho de 2013).

ATENÇÃO Sr (a) PRESCRITOR (a) Solicitamos que o formulário seja preenchido na íntegra (todos os campos).

DADOS DO USUÁRIO:

Nome: _____

Cartão do SUS: _____

Idade: _____

Tel.: _____ *Diagnóstico: _____

*CID _____

Plano de Saúde: _____

DADOS DO PRESCRITOR SOLICITANTE:

Nome: _____

Telefone(s): _____

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo _____

Nº do conselho de Classe: _____

OBS: Caro prescriptor, se possível, fornecer telefone para contato, pois, por vezes precisamos contatá-lo para esclarecer algumas informações.

DADOS SOBRE O(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S):

- Medicamento (Denominação Comum brasileira): _____

Forma Farmacêutica: _____

Concentração: _____

Posologia: _____

Duração do tratamento: _____

2- Medicamento (Denominação Comum Brasileira): _____

Forma Farmacêutica: _____

Concentração: _____

Posologia: _____

Duração do tratamento: _____

3- Medicamento (Denominação Comum Brasileira): _____

Forma Farmacêutica: _____

Concentração: _____

Posologia: _____

Duração do tratamento: _____

4- Medicamento (Denominação Comum Brasileira): _____

Forma Farmacêutica: _____

Concentração: _____ Posologia: _____

Duração do tratamento: _____

5- Medicamento (Denominação Comum Brasileira): _____

Forma Farmacêutica: _____

Concentração: _____

Posologia: _____

Duração do tratamento: _____

ATENÇÃO

Apenas para o medicamento ENOXAPARINA onde pacientes portadores de trombofilias e que tem contra-indicação ao uso de varfarina ou outros anticoagulantes faz-se necessário que esse formulário seja preenchido pelos seguintes especialistas: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião bariátrico, Hematologista, Reumatologista, Obstetra, Oncologista e/ou Ortopedista.

Anexar a este laudo cópia dos exames laboratoriais: Creatinina, Hemograma, Uréia, TAP e TTPA. Com data da realização do exame não superior a 60 dias.

No caso de gestante incluir o beta HCG e a informação no laudo sobre o tempo de gestação na data da emissão do mesmo, bem como a duração do tratamento, a exemplo: até o final da gestação ou por quantos dias/semanas após o parto. O estado puerperal será considerado o limite até 06 semanas pós parto, de acordo com o protocolo da FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

POSSIBILIDADE DE ATENDER DE FORMA ADMINISTRATIVA: 1. A REMUME, RENAME e/ou RELAÇÃO DOS COMPONENTES ESPECIALIZADOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA contém algum medicamento que possa ser prescrito como alternativa terapêutica para o tratamento desse paciente?

Sim () Não ()

GOVERNO ESTADO DE ALAGOAS - SESAU
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ - SMS
NUCLEO DE JUDICIALIZAÇÃO - NIJUS

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TERAPIA NUTRICIONAL ORAL E ENTERAL –
ADULTO E IDOSO

1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Data nascimento ____/____/____

Endereço: _____

Município: _____ UF: ____ CEP: _____

2 - INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

2.1-Doença Principal: _____

Há quanto tempo: _____

Outro (s) Diagnóstico (s): _____

2.2 Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional:

() Afagia/Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo

() Afagia/Disfagia por Doença neurológica

() Transtorno de motilidade intestinal

() Síndrome de má absorção

() Desnutrição moderada à grave

() Outros _____

3-AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Peso: _____ Atual () Estimado () Peso há 6 meses: _____

Altura: _____ Perda de peso nos últimos 6 meses % _____

IMC/ classificação: _____

CB/ classificação: _____

CP/ classificação: _____

Necessidades energéticas: _____ Necessidades Protéicas: _____

Possui úlcera por pressão? () Sim () Não Locais: _____

Diagnóstico nutricional: _____

4- JUSTIFICAR USO DA FÓRMULA: _____

5- ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL

5.1 Tipos de vias de administração da alimentação:

() VO

() TNE + VO

() TNE exclusiva

() TNE + NPT

5.2 Vias de Acesso:

Por Sonda: () Nasogástrica () Nasoentérica

Por Estomia: () Gastrostomia () Jejunostomia

6- TIPOS DE FÓRMULAS SOLICITADAS

OPÇÃO 1- Especificação/ Nome da fórmula/ Quantidade mês

OPÇÃO 2- Especificação/ Nome da fórmula/ Quantidade mês

OPÇÃO 3- Especificação/ Nome da fórmula/ Quantidade mês

TEMPO DE USO (MESES): _____

7-IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE E PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do estabelecimento de saúde: _____

CNES: _____

Nome do Nutricionista/CRN: _____

Email: _____

Contatos: _____

DATA; ____ / ____ / ____

ASSINATURA E CARIMBO NUTRICIONISTA

ANEXAR PRESCRIÇÃO NUTRICIONAL, ATESTADO MÉDICO E EXAMES COMPLEMENTARES AO DIAGNÓSTICO MÉDICO E NUTRICIONAL, CASO O PACIENTE POSSUA, COM DATA DOS ÚLTIMOS SEIS MESES.

GOVERNO ESTADO DE ALAGOAS - SESAU
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ - SMS
NUCLEO DE JUDICIALIZAÇÃO - NIJUS

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TERAPIA NUTRICIONAL ORAL E ENTERAL –
CRIANÇA E ADOLESCENTE

1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Data nascimento ____/____/____

Endereço: _____

Município: _____ UF: ____ CEP: _____

2 - INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

2.1-Doença Principal: _____

Há quanto tempo: _____

Outro (s) Diagnóstico (s): _____

2.2 Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional:

() Afagia/Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo

() Afagia/Disfagia por Doença neurológica

() Transtorno de motilidade intestinal

() Síndrome de má absorção

() Desnutrição moderada à grave

() Outros _____

3-AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Peso: _____ Atual () Estimado () Peso há 6 meses: _____

Altura: _____ Perda de peso nos últimos 6 meses % _____

Índices (DP): P/I _____ P/E _____ E/I _____

IMC / idade _____

Necessidades energéticas: _____ Necessidades Protéicas _____

Possui úlcera por pressão? () Sim () Não Locais: _____

Diagnóstico nutricional:

4- JUSTIFICAR USO DA FÓRMULA:

5- ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL

5.1 Tipos de vias de administração da alimentação:

() VO

() TNE + VO

() TNE exclusiva

() TNE + NPT

5.2 Vias de Acesso:

Por Sonda: () Nasogástrica () Nasoentérica

Por Estomia: () Gastrostomia () Jejunostomia

6- TIPOS DE FÓRMULAS SOLICITADAS

OPÇÃO 1- Especificação/ Nome da fórmula/ Quantidade mês

OPÇÃO 2- Especificação Nome da fórmula/ Quantidade mês

OPÇÃO 3- Especificação/ Nome da fórmula/ Quantidade mês

TEMPO DE USO (MESES): _____

7-IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE E PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do estabelecimento de saúde: _____

CNES: _____

Nome do Nutricionista/CRN: _____

E-mail: _____

Contatos: _____

DATA; ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO NUTRICIONISTA

ATENÇÃO! NÃO SOLICITAR FÓRMULAS LÁCTEAS NÃO ESPECIALIZADAS (LEITES COMUNS), MUCILAGENS, FARINÁCEOS, ALIMENTOS PARA COLETIVIDADE SADIA.

ATENDEMOS SOLICITAÇÕES DE DIETAS E SUPLEMENTOS ESPECIALIZADOS QUE COMPROVEM BENEFICIO TERAPEUTIVO NO TRATAMENTO DA PATOLOGIA REFERIDA.

GOVERNO ESTADO DE ALAGOAS - SESAU
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ - SMS
NUCLEO DE JUDICIALIZAÇÃO - NIJUS

FICHA DE REAVALIAÇÃO PARA FORNECIMENTO DAS FÓRMULAS INFANTIS
ESPECIAIS – LEITES ESPECIAIS PARA ALERGIA

A) Identificação:

1. Nome:

2. Data de nascimento: ____/____/____

3. Unidade de Atendimento _____

B) Sinais e sintomas clínicos presentes:

Sintomas	Idade	inicial	Tempo	latência*	Duração	Frequência	Último	episódio
----------	-------	---------	-------	-----------	---------	------------	--------	----------

Tratamento

Recebido

Sintomas cutâneos

() Urticária

() Prurido

() Rush

() Angioedema

() Dermatite

Sintomas Gastrintestinais

() Dor abdominal-cólica

() Diarreia

() Constipação intestinal

() Vômitos/Náusea

() Distensão abdominal

() Flatulência

() Sangue nas fezes

() Refluxo

Sintomas respiratórios()Broncoespasmo

()Tosse

()Prurido em orofaringe

()Rinite e Coriza nasal

()Edema de laringe

Outros ()Anafilaxia

()Cefaléia

()Edema labial

()Otite

()Edema ocular

*Tempo necessário entre a ingestão do alimento e o aparecimento dos sintomas

1. Especifique os sintomas mais exacerbados:

2.Critérios diagnósticos de alergia ao leite de vaca: () Não () Sim3. Critérios diagnósticos de alergia ao leite de vaca IgE mediada:

() Não () Sim Qual ? 1() 2() 3()

4. Critérios diagnósticos de alergia ao leite de vaca na IgE mediada: () Não () Sim

5. Forma mista: () Não () Sim

C) Exames realizados (mais recentes):

Tipo

Hipersensibilidade: Teste Data Resultado

()Sim ()Não Prick-test leite de vaca

()Sim ()Não Prick-test com leite de vaca in natura

()Sim ()Não Prick-test soja

()Sim ()Não RAST leite de vaca

()Sim ()Não RAST alfa-lactoalbumina

()Sim ()Não RAST beta-lactoglobulina

()Sim ()Não RAST caseína

()Sim ()Não RAST soja

Avaliação gastrointestinal:

()Sim ()Não Sangue oculto

()Sim ()Não Alfa-1 antitripsina fecal

()Sim ()Não Relação albumina/globulina

Anatomopatológico:

()Sim ()Não Estômago

()Sim ()Não Esôfago

()Sim ()Não Duodeno

()Sim ()Não Reto

Outros: Provocação

D) Avaliação da condição nutricional:

Peso: _____ Atual () Estimado () Peso há 6 meses: _____

Altura: _____ Perda de peso nos últimos 6 meses % _____

Índices (DP): P/I _____ P/E _____ E/I _____

IMC / idade _____

Necessidades energéticas: _____ Necessidades Protéicas _____

Diagnóstico nutricional: _____

USTIFICAR USO DA FÓRMULA: _____

TIPOS DE FÓRMULAS SOLICITADAS

OPÇÃO 1 – Especificação/ Nome da fórmula/Quantidade mês

OPÇÃO 2 – Especificação/ Nome da fórmula/Quantidade mês

OPÇÃO 3 – Especificação/ Nome da fórmula/Quantidade mês

TEMPO

DE

USO

Nome do Médico/Nutricionista: _____

CRM/CRN: _____

Contato: _____

Médico

(Assinatura e Carimbo)

Data: ____/____/____

ATENÇÃO! NÃO SOLICITAR FÓRMULAS LÁCTEAS NÃO ESPECIALIZADAS (LEITES COMUNS), MUCILAGENS, FARINÁCEOS, ALIMENTOS PARA COLETIVIDADE SADIA.

ATENDEMOS SOLICITAÇÕES DE DIETAS E SUPLEMENTOS ESPECIALIZADOS QUE COMPROVEM BENEFÍCIO TERAPEUTIVO NO TRATAMENTO DA PATOLOGIA REFERIDA.

NÚCLEO DA SAÚDE - MACEIÓ

Endereço: Av. Comendador Leão, nº 555, Poço, Maceió, CEP: 57025-000.

Horário de Atendimento: 8h às 14h, de segunda a sexta-feira

Telefone: (82) 3315-4507

e-mail: nucleosaudedpeal@gmail.com

SEDE DA DEFENSORIA PÚBLICA

Endereço: Av. Fernandes Lima, nº 3296, Gruta de Lourdes, Maceió - Alagoas, 57052-000.

Horário de Atendimentos: 8h às 14h, de segunda a sexta-feira

Telefone: 3315-2785

MAIS INFORMAÇÕES SOBRE A DEFENSORIA

www.defensoria.al.def.br

E-mail: dpal.mensagens@gmail.com



Dúvidas sobre os serviços da Defensoria?

Disque 129. A ligação é gratuita. O serviço está disponível para todo o estado. Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.



@dpealagoas @dpAlagoas

Realização:



**DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DE ALAGOAS**

Apoio:

NIJUS

Núcleo
Interinstitucional de
Judicialização da
Saúde