PLANO TERAPÊUTICO – DOENÇA DE CROHN

Plano Terapêutico – Doença de Crohn – Caro (a) Doutor (a), solicitamos as informações abaixo relacionadas, para orientação dos auditores médicos do PLANSERV, sobre o procedimento terapêutico indicado a nosso (a) beneficiário (a).

I – Identificação do Médico Assistente

1. Nome: _____ 2- CRM: _____ 3- Celular: _____

4- Gastroenterologista/Coloproctologista? Sim ( ), Não ( )

Título Especialista Sociedade / Residência Médica _____ 5- Telefone: _____

1. Declaro que sou responsável pela supervisão deste tratamento e prestarei ao beneficiário, á vigilância sanitária e à equipe envolvida na administração do medicamento as informações médicas se fizerem necessárias;
2. Autorizo os auditores médicos do PLANSERV a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço para informações complementares;
3. A critério médico o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos.

II – Identificação do Paciente

1. Nome do paciente: _____ CPF: _____

III – Histórico da Doença (Referência: GEBIID)[27]

1- Data do diagnóstico: _____/_____/_____ 2- Início do tratamento: _____

3- Critério Diagnóstico (História Clínica, Exame Físico, Exames laboratoriais, exame endoscópico (colonoscopia) e achados histopatológicos: Contar breve história clínica):

3.1: Hemorragia Retal;_____ 3.2: Dor abdominal em cólica; _____ 3.3: Tenesno (Sensação de defecação incompleta); _____ 3.4: Urgência Evacuatória; _____ 3.5: Diarréia com Sangue; _____3.6: Colosnoscopia (Anexar Laudos): _____

IV – Atividade da doença

Índice simplificado de CDAI e/ou Escore Mayo – GEDIIB[27]

1: Número de evacuações: _____ Data: ___/____/____ Observação: _____

2: Proteína C Reativa mg/dl: _____ Data: ___/____/____ Observação: _____

3: Calprotectina Fecal mg/dl: _____ Data: ___/____/____ Observação: _____

4: Atividade de doença pelo médico – CDAI e/ou Escore de Mayo (01-12) Total: _____ Data: _____/_____/_____

5.Observação: _____

V – Histórico do Tratamento

Droga Isolada _____ Posologia _____ Período (mês/ano) _____

Associação de drogas _____ Posologia _____ Período (mês/ano) _____

VI – Condições clínicas associadas

1- Gravidez, potencial para gravidez ou lactação? Sim, Não / 2- Infecção ativa? Sim, Não

3- Diagnóstico de câncer ou suspeita? Sim, Não / 4- Paciente com alto risco de infecção? Sim, Não

5- História de Lupus ou Esclerose Múltipla? Sim, Não / 6- Manisfestações Extrainstestinal (Imunomediada)? Sim, não

VII – Prescrição Médica de Tratamento conforme Protocolo – PLANSERV

Medicamento: _____ Posologia: _____ Peso: _____

Assinatura/CRM do médico assistente: _____ Data: ___/____/____