

PLANO TERAPÊUTICO – RETOCOLITE ULCERATIVA

Plano Terapêutico – Retocolite Ulcerativa – Caro (a) Doutor (a), solicitamos as informações abaixo relacionadas, para orientação dos auditores médicos do PLANSEV, 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, a vigilância sanitária e à equipe envolvida na administração do medicamento as informações médicas se fizerem necessárias;
2. Autorizo os auditores médicos do PLANSEV a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço para informações complementares;
3. A critério médico o beneficiário poderá ser contactado 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 no serviço atual: _____

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

3.1: Hemorragia Retal; _____ 3.2: Dor abdominal em cólica; _____ 3.3: Tenesmo (Sensação de defecação incompleta); _____ 3.4: Urgência Evacuatória; _____ 3.5: Diarréia com Sangue; _____ 3.6: Colonoscopia (Anexar Laudos). _____

IV – Atividade da doença:

Índice simplificado de Atividade da Doença – Escore Mayo – GEDIIB²⁷

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 – 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- Manifestações Extraintestinal (Imunomediada)? Sim (), Não ()

VII – Prescrição Médica de Tratamento conforme Protocolo – PLANSEV

Medicamento: _____ Posologia: _____ Peso: _____

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