

PROTOCOLO DISPENSAÇÃO DE DOXAZOSINA 2MG E/OU FINASTERIDA 5MG

Critérios de Inclusão: medicamento disponibilizado pelo SUS para o tratamento ambulatorial da hiperplasia prostática benigna (HPB), conforme especificações do CID 10:

- N40 - Hiperplasia da Próstata

Prescrição: A prescrição inicial deverá ser feita por médico urologista.

Anexos obrigatórios: **histórico clínico** com exame físico, patologias pré-existentes ou associadas. Exame laboratorial e de imagem que auxiliem o diagnóstico.

CHECK LIST:

() **PREENCHIMENTO DO LAUDO PELO ESPECIALISTA UROLOGISTA**

() **CÓPIA DA RECEITA**

EXAMES NECESSÁRIOS:

- () Ultrassonografia da próstata
- () PSA
- () EQU

CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS:

- () Identidade;
- () CPF;
- () Comprovante de residência;
- () Cartão do SUS;
- () CPF e identidade do responsável.

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESPECIAIS

DADOS PREENCHIDOS PELO PACIENTE/ UNIDADE SOLICITANTE

1. Dados do Paciente

Nº. do Prontuário (Fly)*

Cartão SUS*

Nome completo e por extenso*

Naturalidade

Data de Nascimento: (ddmmaaaa)*Sexo*: Feminino Masculino

Endereço residencial (Rua, nº., complemento)*

CEP*: Município*:

Fone

Nome da Mãe*

Nome do Responsável (Autorizado para retirar o medicamento)

2. Dados da Unidade Solicitante

Código CNES*: Código PSF*:

DADOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO

3. Anamnese*

4. Dados da Doença e do(s) Medicamento(s) Solicitado(s)

Diagnóstico*: CID 10*: **Medicamento 1** (Nome Genérico)*

Forma Farmacêutica*

Concentração*

Quantidade mensal: unidades*Duração do tratamento: meses***Medicamento 2** (Nome Genérico)*

Forma Farmacêutica*

Concentração*

Quantidade mensal: unidades*Duração do tratamento: meses*

5. Dados do Médico Prescritor

Nome completo e por extenso*

CRM/SC*

Especialidade:

Data*: __/__/__

*Campos de preenchimento obrigatórios

Assinatura e Carimbo do médico solicitante