



Título: Solicitação de Medicamento de Alto Custo

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-100 - V.2

Fase: Vigente

Nome do Usuário:		Matrícula do Usuário:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Idade:
DADOS SOBRE A PATOLOGIA				
Diagnóstico:			CID	
Justificativa clínica:				
Resultado de exames:				
TRATAMENTOS ANTERIORES				
Medicamentos utilizados:				
TRATAMENTO PROPOSTO				
Informações sobre medicamentos solicitados:				
Droga:	Código Medicamento Especial:	Dose:	Diluição:	
Nome do Usuário:		Matrícula do Usuário:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Idade:
Assinatura e carimbo do médico assistente:				
		Data da solicitação:	Telefone de contato:	
PRESTADOR EXECUTANTE			MATRICULA	
Parecer e autorização da Auditoria Médica do Ipasgo:				
_____ Assinatura / Carimbo do Auditor				