



RELATÓRIO PADRONIZADO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA DOR



Nome do Paciente: _____

- CLASSIFICAR O PACIENTE QUANTO AO TIPO DE DOR E A SUA RESPECTIVA LANSS:

<input type="checkbox"/> Dor nociceptiva ou mista: Sem redução dos sintomas de forma esperada após uma semana com a associação utilizada na dose máxima preconizada dos seguintes esquemas de tratamento: 1. analgésicos e antiinflamatórios; 2. analgésicos, antiinflamatórios e opióide fraco.	Escala LANSS: (entre 0 - 16)
<input type="checkbox"/> Dor neuropática: Paciente ter realizado os seguintes esquemas sem resposta ao tratamento: 1. Antidepressivos tricíclicos; 2. Antidepressivos tricíclicos + antiepilépticos tradicionais; e 3. Antidepressivos tricíclicos + gabapentina.	Escala LANSS: (entre 17 - 24)
Caso Especial: <input type="checkbox"/> Dor oncológica com lesão concomitante de estruturas do sistema nervoso (por exemplo, o plexo braquial) e escores elevados na escala de dor LANSS (dor mista ou neuropática).	Escala LANSS: (entre 8 - 24)

- ESQUEMA TERAPÊUTICO:

Medicamento: <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Oxidona <input type="checkbox"/> Gabapentina	Duração da dor (DIAS):	Escada analgésica da OMS*:	Escala analógica visual (EVA 1 a 10):
---	-------------------------------	-----------------------------------	--

*Escada analgésica da OMS: DOR LEVE, DOR MODERADA OU DOR INTENSA;

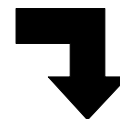
Detalhar **FÁRMACOS UTILIZADOS**, duração do tratamento e dosagens utilizadas:

Para solicitação de **OXICODONA** (detalhar fármacos utilizados, duração do tratamento e dosagens utilizadas):

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (inserir as informações requeridas abaixo, conforme o motivo da solicitação):

Primeira solicitação na farmácia: descrição detalhada dos sinais e sintomas, distribuição anatômica da dor e cópia dos exames comprobatórios.

Adequação do tratamento (aumento/troca/associação): justificar o aumento de dose, associação de novo medicamento ou troca.



- Serão consideradas doses de resgate aquelas dentro do limite de 10% a 20% da dose diária.
- Mesmo nos casos de adequação do tratamento, todos os campos acima devem estar devidamente preenchidos.

Data: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE