



## 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"/> <b>Dor nociceptiva ou mista:</b> 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"/> <b>Dor neuropática:</b> 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)
<b>Caso especial:</b> <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:

<b>Medicamento:</b> <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Oxycodona <input type="checkbox"/> Gabapentina	<b>Duração da dor (dias):</b>	<b>Escala analógica visual (EVA):</b>
--	-------------------------------	---------------------------------------

Escada analgésica da OMS (detalhar fármacos utilizados, duração do tratamento e dosagens utilizadas):

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

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

- **Adequação do tratamento:** 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