



**CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE**

AUTORIZAÇÃO DE PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE DE ETONOGESTREL 68 MG SD

Publicação 2023 / Versão jun/2024

CAMPOS RESERVADOS AO PRESCRITOR

Nome: _____ Nome social: _____

Informações Gerais

Data de nascimento _____

CNS _____

Paciente apresenta a seguinte indicação:

- () I - Pessoa com problema de uso de substância: CID F10.2, F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F18.2, F19.2
- () II – Pessoa em situação de rua.
- () III – Homem trans ou pessoa transmasculina
- () IV - Adolescentes de regiões com vulnerabilidade social, inclusive homens trans ou pessoa transmasculina, conforme definido pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social-IPVS2010, elaborado pela Fundação SEADE. Faixa etária entre 14 anos e abaixo de 20 anos.
- () V – Pessoa em utilização de talidomida e parcerias sexuais de pessoas em utilização de talidomida
- () VI - Outras condições particulares de vulnerabilidades psicossociais. CID 10: Z60 (problemas relacionados com o meio social); Z60.4 (exclusão e rejeição sociais); Z63.1 (suporte familiar inadequado); Z59.0 (falta de domicílio fixo); Z59.1 (habitação inadequada); Z59.4 (falta de alimentação adequada); Z59.5 (pobreza extrema); Z59.6 (baixo rendimento).
- () VII - Critérios médicos atualizados de elegibilidade para uso contraceptivo da Organização Mundial da Saúde (OMS).

No caso da indicação VII, obrigatório justificativa da indicação

Identificação do médico prescriptor

Nome: _____

CRM: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Identificação do dispensador

Autorizado

Sim

Não Motivo: _____ Data: ____/____/____