



**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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_