



Campos Reservados ao Prescritor

Nome da pessoa: _____

Nome social: _____

Data de nascimento ____/____/____

CNS | | | | | | | | | | | | | | | |

A pessoa apresenta a seguinte indicação:

- () I – Utilização de drogas
- () II – Pessoa em situação de rua
- () III – Homens transgêneros
- () IV - Adolescentes de regiões com vulnerabilidade social muito alta, conforme definido pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS 2010, elaborado pela Fundação SEADE. Faixa etária entre 14 anos e abaixo de 20 anos completos.
- () V – Utilização de talidomida e parcerias sexuais de pessoas em utilização de talidomida
- () VI - Outras condições particulares de vulnerabilidades psicossociais. CID 10: Z60; Z60.4; Z63.2; Z59.0; Z59.4; Z59.5
- () VII – Verificar critérios médicos atualizados de elegibilidade para uso contraceptivo da Organização Mundial da Saúde (OMS).
- () VIII - Tratamento de mulheres com diagnóstico e/ou suspeita de endometriose profunda.
- () IX - Adolescentes

No caso da indicação VI e VII, obrigatório justificativa da indicação

Identificação do médico prescritor

Nome: _____

CRM: _____ Data: ____/____/____ Assinatura _____

Identificação do dispensador

Autorizado

Sim

Não Motivo: _____ Data: ____/____/____