



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOR CRÔNICA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																																	
2	HISTÓRIA CLÍNICA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA (informar a causa da dor, diagnóstico e evolução): _____ _____ _____ _____ _____																																	
3	O TEMPO DE DURAÇÃO DA DOR É DE 3 MESES OU MAIS? SIM ☐ NÃO ☐																																	
4	ESCALA VISUAL ANALÓGICA – E.V.A. (Assinale a intensidade dos sintomas relatados pelo paciente, em uma escala de 0 a 10, correspondendo o zero a ausência de dor e o 10 a pior dor imaginável): <table border="1" data-bbox="328 963 1342 1079"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>NULA</td><td colspan="3">LEVE</td><td colspan="3">MODERADA</td><td colspan="3">INTENSA</td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												NULA	LEVE			MODERADA			INTENSA			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
NULA	LEVE			MODERADA			INTENSA																											
5	INFORMAR CLASSIFICAÇÃO DA DOR: ☐ Dor nociceptiva ☐ Dor neuropática ☐ Dor nociplástica ☐ Dor mista ☐ Dor Oncológica																																	
6	PARA SOLICITAÇÕES DE NAPROXENO: 6.1 Paciente apresenta diagnóstico confirmado de osteoartrite de joelho e de quadril? ☐ SIM ☐ NÃO 6.2 Se SIM, especificar CID-10 (mesmo CID-10 informado no campo 9 do LME-Solicitação): <table border="0" data-bbox="264 1691 1436 2038"><tr><td>☐ M16.0 Coxartrose primária bilateral;</td><td>☐ M17.0 Gonartrose primária bilateral;</td></tr><tr><td>☐ M16.1 Outras coxartroses primárias;</td><td>☐ M17.1 Outras gonartroses primárias;</td></tr><tr><td>☐ M16.4 Coxartrose bilateral pós-traumática;</td><td>☐ M17.2 Gonartrose pós-traumática bilateral;</td></tr><tr><td>☐ M16.5 Outras coxartroses pós-traumáticas;</td><td>☐ M17.3 Outras gonartroses pós-traumáticas;</td></tr><tr><td>☐ M16.6 Outras coxartroses secundárias bilaterais;</td><td>☐ M17.4 Outras gonartroses secundárias bilaterais;</td></tr><tr><td>☐ M16.7 Outras coxartroses secundárias;</td><td>☐ M17.5 Outras gonartroses secundárias.</td></tr><tr><td>☐ M16.9 Coxartrose não especificada;</td><td></td></tr></table>	☐ M16.0 Coxartrose primária bilateral;	☐ M17.0 Gonartrose primária bilateral;	☐ M16.1 Outras coxartroses primárias;	☐ M17.1 Outras gonartroses primárias;	☐ M16.4 Coxartrose bilateral pós-traumática;	☐ M17.2 Gonartrose pós-traumática bilateral;	☐ M16.5 Outras coxartroses pós-traumáticas;	☐ M17.3 Outras gonartroses pós-traumáticas;	☐ M16.6 Outras coxartroses secundárias bilaterais;	☐ M17.4 Outras gonartroses secundárias bilaterais;	☐ M16.7 Outras coxartroses secundárias;	☐ M17.5 Outras gonartroses secundárias.	☐ M16.9 Coxartrose não especificada;																				
☐ M16.0 Coxartrose primária bilateral;	☐ M17.0 Gonartrose primária bilateral;																																	
☐ M16.1 Outras coxartroses primárias;	☐ M17.1 Outras gonartroses primárias;																																	
☐ M16.4 Coxartrose bilateral pós-traumática;	☐ M17.2 Gonartrose pós-traumática bilateral;																																	
☐ M16.5 Outras coxartroses pós-traumáticas;	☐ M17.3 Outras gonartroses pós-traumáticas;																																	
☐ M16.6 Outras coxartroses secundárias bilaterais;	☐ M17.4 Outras gonartroses secundárias bilaterais;																																	
☐ M16.7 Outras coxartroses secundárias;	☐ M17.5 Outras gonartroses secundárias.																																	
☐ M16.9 Coxartrose não especificada;																																		



7	TRATAMENTOS PRÉVIOS (DETALHAR FALHA TERAPÊUTICA, INTOLERÂNCIA E CONTRAINDICAÇÕES):
8	DETALHAR TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ATUAL DO(A) PACIENTE:
9	JUSTIFICAR INDICAÇÃO DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S):
10	EM CASO DE SOLICITAÇÕES DE ASSOCIAÇÕES DE MEDICAMENTOS DO CEAF, JUSTIFICAR:
11	OUTRAS INFORMAÇÕES:
12	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico