

# Tratamento

Record ID (REDCap) (\*)

\_\_\_\_\_

Responsável pelo preenchimento no REDCap (\*)

\_\_\_\_\_

Data do preenchimento no REDCap (\*)

\_\_\_\_\_

Responsável pelo preenchimento em papel (\*)

\_\_\_\_\_

Data do preenchimento em papel (\*)

\_\_\_\_\_

Nº Prontuário/ID Interno (\*)

\_\_\_\_\_

**Este formulário poderá ser preenchido para cada um dos Diagnósticos existentes.  
Campos com (\*) são de preenchimento obrigatório.  
Campos com (+) podem ter mais de uma opção assinalada**

## Tratamento

Tratamento específico relacionado a doença rara? (\*)

- Sim  
 Não

Se sim, informe o código OMIM referente ao diagnóstico, conforme incluído no formulário Diagnóstico (\*)

\_\_\_\_\_

Tipo de tratamento (\*) (+)

- Medicamentoso  
 Dietético  
 Reabilitação  
 Outros  
 Ignorado  
 Psicológico

## Se selecionado Tratamento Medicamentoso, responda as perguntas abaixo

Data de início do tratamento medicamentoso (\*)

\_\_\_\_\_

(Caso não seja conhecida a data exata, utilizar a padronização prevista no MOP.)

Descrição do(s) medicamento(s) utilizado(s) (\*)  
(Insira os nomes dos medicamentos separados por ;)

---

Fonte pagadora do tratamento medicamentoso (\*)

- SUS
- Saúde suplementar
- Judicial
- Financiamento próprio
- Pesquisa clínica

---

**Se selecionado Tratamento Dietético, responda as perguntas abaixo**

Data de início do tratamento dietético (\*)

---

(Caso não seja conhecida a data exata, utilizar a padronização prevista no MOP.)

---

Fonte pagadora do tratamento dietético (\*)

- SUS
- Saúde suplementar
- Judicial
- Financiamento próprio
- Pesquisa clínica

---

**Se selecionado Tratamento de Reabilitação, responda as perguntas abaixo**

Data de início do tratamento de reabilitação (\*)

---

(Caso não seja conhecida a data exata, utilizar a padronização prevista no MOP.)

---

Fonte pagadora do tratamento de reabilitação (\*)

- SUS
- Saúde suplementar
- Judicial
- Financiamento próprio
- Pesquisa clínica

---

Quais terapias de reabilitação? (\*) (+)

- Terapia Ocupacional
- Fonoterapia
- Psicopedagogia
- Musicoterapia
- Outros

---

**Se selecionado Outro Tratamento, responda as perguntas abaixo**

Descrever o tratamento (\*)

---

Data de início do outro tratamento (\*)

---

(Caso não seja conhecida a data exata, utilizar a padronização prevista no MOP.)

---

Fonte pagadora do outro tratamento (\*)

- SUS
- Saúde suplementar
- Judicial
- Financiamento próprio
- Rede de apoio diagnóstico
- Pesquisa clínica

**Acompanhamento com outra especialidade médica**

Realiza acompanhamento com outra especialidade médica? (\*)

- Sim  
 Não

Se sim, qual(is) a(s) outra(s) especialidade(s) médica(s)? (\*) (+)

- Cardiologia  
 Dermatologia  
 Endocrinologia  
 Gastroenterologia e Hepatologia  
 Hematologia  
 Mastologia  
 Nefrologia  
 Neurologia  
 Neuropediatria  
 Oftalmologia  
 Oncologia  
 Ortopedia  
 Otorrinolaringologia  
 Pneumologia  
 Psiquiatria  
 Reumatologia  
 Ginecologia obstetrícia  
 Fisiatria  
 Cirurgia Plástica  
 Outras

Se Outra, especifique a outra especialidade médica (\*)

\_\_\_\_\_