



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge



Rua Alexandre Herculano, 321
4050-055 Porto
TEL: +351 223 401 100
FAX: +351 223 401 109
EMAIL: info@insa.min-saude.pt

Coordenadores

Elisa Leão Teles – CHSJ (Presidente)

Anabela Oliveira – CHLN

Carla Pereira - DGS

Esmeralda Martins – CHUP

Hélder Duarte – ACSS

Jorge Rodrigues - Infarmed

Olga Azevedo – HSOG

Sandra Alves – INSA

Sílvia Sequeira – CHLC

Tabita Magalhães Maia – CHUC

Contactos dos Centros de Referência

Centro Hospitalar de São João

Elisa Leão Teles: e.leaoteles@gmail.com

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Esmeralda Martins: esmeralda.g.martins@gmail.com

Hospital Senhora de Oliveira - Guimarães

Olga Azevedo: olgazevedo@yahoo.com.br

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Tabita Magalhães Maia: tabitap@gmail.com

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Anabela Oliveira: anabela.oliveira@chln.min-saude.pt

Centro Hospitalar Lisboa Central

Sílvia Sequeira: silvia.sequeira@chlc.min-saude.pt

Comissão Coordenadora do Tratamento Das Doenças Lisossomais de Sobrecarga

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE TRATAMENTO

De acordo com o despacho nº 10788/2016 de 1 de setembro, solicita-se ao Centro de Referência _____ que apresente à Comissão Coordenadora do Tratamento das Doenças Lisossomais de Sobrecarga o pedido de início/ajuste/mudança (*riscar o que não interessa*) de terapia com _____ (fármaco), na dose de _____ para o doente _____ (código), com o cartão de utente nº _____ do SNS, com o diagnóstico de _____ (patologia).

MÉDICO ASSISTENTE RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO

Dr (a) _____ nº OM _____ Assinatura _____
Serviço _____ Hospital _____
Tlf _____ e-mail _____ data __/__/__

DIREÇÃO DO SERVIÇO

Concordo, _____ (assinatura)
Dr (a) _____ nº OM _____ data __/__/__

DIREÇÃO CLÍNICA DO CENTRO AFILIADO

Tomei conhecimento, _____ (assinatura)
Dr (a) _____ nº OM _____ data __/__/__

CENTRO DE REFERÊNCIA

Concordo, _____ (assinatura)
Dr (a) _____ nº OM _____ data __/__/__

DIREÇÃO CLÍNICA DO CENTRO DE REFERÊNCIA

Tomei conhecimento, _____ (assinatura)
Dr (a) _____ nº OM _____ data __/__/__

Nota: este formulário deve vir acompanhado do relatório clínico e do formulário de registo de dados base da respetiva patologia.