



**CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE**



**PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**AUTORIZAÇÃO DE PRESCRIÇÃO E
DISPENSAÇÃO DE ETONOGESTREL
68 MG SD**

CAMPOS RESERVADOS AO PRESCRITOR

Nome da usuária: _____

Informações Gerais

Data de nascimento __/__/____ CNS _____

A paciente apresenta a seguinte indicação:

- I - Usuária de drogas
- II - Moradoras em situação de rua
- III - Adolescentes de regiões com vulnerabilidade social muito alta, conforme definido pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS2010, elaborado pela Fundação SEADE. Faixa etária entre 14 anos e abaixo de 20 anos completos.
- IV – Usuária de talidomida e parceiras sexuais dos usuários de talidomida
- V - Outras condições particulares de vulnerabilidades psicossociais conforme os critérios médicos atualizados de elegibilidade para uso contraceptivo da Organização Mundial da Saúde (OMS).

No caso da indicação V, obrigatório justificativa da indicação:

Identificação do médico prescritor

Nome: _____

CRM: _____

Data: ____ - ____ - ____

Assinatura

Identificação do dispensador

Autorizado

Sim

Não Motivo: _____

Data: ____ - ____ - ____