

Normas relativas à Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)

Entrada em vigor a 1 de outubro de 2017

Índice

Introdução	2
Requisição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	3
1. Regras de Preenchimento da Prescrição	6
A – Identificação do Utente.....	6
Utente do SRS-Madeira.....	6
Beneficiário de um Subsistema	8
Doente Profissional.....	9
Migrantes	10
B – Identificação do Médico Prescritor e do Local de Prescrição.....	11
C – Necessidade de realização de Domicílios e/ou situações de Urgência	12
D – Informação Complementar	13
E – Identificação dos Exames / Tratamentos Prescritos	14
F – Assinatura do Médico Prescritor	16
2. Resumo das Regras de Prescrição	19

Introdução

De acordo com a Portaria n.º 268/2016, de 14 de julho e com o Despacho n.º 97/2017, de 16 de fevereiro, da Secretaria Regional da Saúde (SRS), foram aprovados os novos modelos de Requisição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, adiante designado abreviadamente por MCDT, que se aplicam à prescrição de exames / tratamentos na RAM.

Neste seguimento, o presente documento constitui um manual de boas práticas de prescrição de MCDT, e tem como principal objetivo a uniformização do processo de preenchimento da requisição, de forma a facilitar a comunicação e o relacionamento entre os médicos prescritores e as entidades prestadoras e, conseqüentemente, promover uma maior equidade no processo de conferência e de reembolso ao utente.

Assim, este documento contém um conjunto de regras e orientações a ter em conta na prescrição de exames / tratamentos comparticipados pelo Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SRS-Madeira).

A partir de 01 de outubro de 2017, o modelo de requisição de MCDT, em suporte de papel pré-impresso (manual), conforme a citada Portaria n.º 268/2016, é de utilização obrigatória por todos os prescritores de MCDT, no âmbito do Sistema Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira, para uso no setor público e no setor privado.

Salienta-se que podem ser utilizados os modelos de requisição de MCDT em suporte de papel pré-impresso (manual), aprovado pela Portaria n.º 28/2010, de 5 de maio, da então Secretaria Regional dos Assuntos Sociais até ao seu escoamento no Sistema Regional de Saúde.

Em alternativa à prescrição pré-impresso (manual), e de acordo com a Despacho n.º 97/2017, de 16 de fevereiro, a prescrição de MCDT poderá ser efetuada de forma impressa, desde que cumpra, obrigatoriamente, com os requisitos do modelo evidenciado na citada Portaria.

Requisição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Os modelos de requisição de MCDT em vigor na Região Autónoma da Madeira (RAM), aprovados pela Portaria n.º 268/2016, de 14 de julho e pelo Despacho n.º 97/2017, de 16 de fevereiro, da Secretaria Regional da Saúde (SRS), aplicam-se à prescrição de MCDT.

Refira-se que o modelo pré-impresso (manual), será fornecido exclusivamente pelo Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM, doravante abreviadamente designado por IASAÚDE, IP-RAM, mediante o pagamento de um preço, cujo valor unitário será fixado e atualizado por Despacho do Membro do Governo responsável pela área da saúde.

Relativamente ao modelo impresso, este deverá ter, obrigatoriamente, o formato de uma folha A4, à semelhança do modelo de requisição pré-impressa.

Ainda no seguimento do modelo supramencionado, a requisição deverá ser numerada com 19 caracteres, e deverá cumprir com os requisitos abaixo mencionados.

Exemplo – Numeração de requisição impressa



7	04	XXX	XXXX	XXXXXXXX	0	X
Região de Saúde 7 – RA Madeira	Tipo de Impresso	Software de Origem	N.º do Centro Emissor <small>(fornecido pela SPMS para a prescrição de medicamentos)</small>	Numeração Sequencial	N.º de Via	Check Digit <small>(Conforme ISSO/IEC 7064, MOD11-2)</small>

Segue-se a apresentação dos modelos de requisição pré-impresso e impresso de MCDT, juntamente com as regras que são de preenchimento obrigatório, e que são exclusivamente da responsabilidade do médico prescriptor.

Exemplo – Requisição de MCDT pré-impressa (manual)



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

**MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS**



* 11111111111111111111*

<p>1 Nome _____ Contacto _____ Idade _____ Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>N.º de Utente / N.º Beneficiário _____ Entidade Responsável / Subsistema _____</p> <p>1a <input type="checkbox"/> Doente Profissional N.º _____</p> <p>1b <input type="checkbox"/> Migrantes País _____ N.º _____</p> <p>2 Contacto do Médico / Especialidade _____</p> <p>4 <input type="checkbox"/> DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> URGENTE Justificação obrigatória do Domicílio e/ou Urgência: _____ _____ _____ D D M M A A O Médico _____ NOME BEM LEGÍVEL</p>	<p>3 NATUREZA DAS PRESTAÇÕES</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>A ANÁLISES CLÍNICAS</p> <p>B ANATOMIA PATOLÓGICA</p> <p>C CARDIOLOGIA</p> <p>D MEDICINA NUCLEAR</p> <p>E ELECTROENCEFALOGRAFIA</p> <p>F ENDOSCOPIA GASTROENT.</p> <p>G MEDICINA FÍSICA E REABILIT.</p> <p>H OTORRINOLARINGOLOGIA</p> <p>I PNEUMO E IMUNOALERG.</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>J UROLOGIA</p> <p>L NEUROFISIOLOGIA</p> <p>M RADIOLOGIA</p> <p>N CONSULTAS</p> <p>O PSICOLOGIA</p> <p>W RESSONÂNCIA MAGNÉTICA</p> </td> </tr> </table> <p>OUTROS: _____</p>	<p>A ANÁLISES CLÍNICAS</p> <p>B ANATOMIA PATOLÓGICA</p> <p>C CARDIOLOGIA</p> <p>D MEDICINA NUCLEAR</p> <p>E ELECTROENCEFALOGRAFIA</p> <p>F ENDOSCOPIA GASTROENT.</p> <p>G MEDICINA FÍSICA E REABILIT.</p> <p>H OTORRINOLARINGOLOGIA</p> <p>I PNEUMO E IMUNOALERG.</p>	<p>J UROLOGIA</p> <p>L NEUROFISIOLOGIA</p> <p>M RADIOLOGIA</p> <p>N CONSULTAS</p> <p>O PSICOLOGIA</p> <p>W RESSONÂNCIA MAGNÉTICA</p>	<p>ÁREA DE CONFERÊNCIA (não preencher)</p> <hr/> <p>13 ENTIDADE PRESTADORA</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Carimbo</p> <p>Ass. _____</p>
<p>A ANÁLISES CLÍNICAS</p> <p>B ANATOMIA PATOLÓGICA</p> <p>C CARDIOLOGIA</p> <p>D MEDICINA NUCLEAR</p> <p>E ELECTROENCEFALOGRAFIA</p> <p>F ENDOSCOPIA GASTROENT.</p> <p>G MEDICINA FÍSICA E REABILIT.</p> <p>H OTORRINOLARINGOLOGIA</p> <p>I PNEUMO E IMUNOALERG.</p>	<p>J UROLOGIA</p> <p>L NEUROFISIOLOGIA</p> <p>M RADIOLOGIA</p> <p>N CONSULTAS</p> <p>O PSICOLOGIA</p> <p>W RESSONÂNCIA MAGNÉTICA</p>			

6a Vinheta Médico prescriptor	6b Vinheta Local de prescrição	6c Carimbo e assinatura Responsável pela prescrição	7 INFO. COMPLEMENTAR DADOS CLÍNICOS EM ANEXO terapêutica actual <input type="checkbox"/>	14 SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS Início D D M M A A Fim D D M M A A
---	--	---	--	---

	9 NOMENCLATURA	10 QUANTIDADE PRESCRITA	11 ADUTOS A MINAR	15 CÓDIGO	16 QUANTIDADE PRESTADA	17 PREÇO TOTAL
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS

	9 NOMENCLATURA	15 CÓDIGO	16 QUANTIDADE PRESTADA	17 PREÇO TOTAL
9				
10				
11				

Ass. Médico Executante _____

12 MÉDICO PRESCRITOR D D M M A A Assinatura _____	20 TOTAL € _____
---	-------------------------

21 DECLARAÇÃO DO UTENTE Declaro que me foram efectuados os exames/tratamentos prescritos D D M M A A Assinatura do Utente _____	22 D DOMICÍLIO 1 <input type="checkbox"/> URBANO – Funchal 2 <input type="checkbox"/> URBANO – Outras cidades 3 <input type="checkbox"/> NÃO URBANO Localidade _____ - _____ Km _____
--	---

 <p>REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA GOVERNO REGIONAL SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE</p>	MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÉUTICOS (INCLUINDO CONSULTAS)	 <p>* 11111111111111111111*</p>
---	---	---

Nome _____

VALOR DOS SERVIÇOS PRESTADOS € _____

VALOR POR EXTENSO _____

ASSINATURA _____

Validade 6 Meses

Modelo Exclusivo da INCM, S.A.

Specimen

Exemplo – Requisição de MCDT impressa



MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS



* 704000000000000000 *

<p align="center">UTENTE</p> <p>N.º de Utente:</p> <p>Nome:</p> <p>Idade:</p> <p>Contacto:</p> <p>Entidade Responsável / Subsistema:</p> <p>N.º Beneficiário:</p> <p>País:</p> <p>N.º Doc:</p>	<p align="center">PRESCRITOR</p> <p>Nome do Prescritor:</p> <p>N.º de Cedula:</p> <p>Contacto:</p> <p>Especialidade:</p> <hr/> <p align="center">LOCAL DE PRESCRIÇÃO</p> <p>Nome:</p> <p>Código:</p> <hr/> <p align="center">NATUREZA DAS PRESTAÇÕES</p> <p>Área:</p>	<p align="center">ÁREA DE CONFERÊNCIA (não preencher)</p> <hr/> <p align="center">ENTIDADE PRESTADORA</p> <p align="center">Carimbo</p> <p>Ass. _____</p> <p>Data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
---	--	--

<p>Vinheta</p> <p>Médico prescritor</p>	<p>Vinheta</p> <p>Local de prescrição</p>	<p>Carimbo e assinatura</p> <p>Responsável pela unidade de</p>	<p align="center">SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS</p> <p>Início: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Fim: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
---	---	--	--

NOMENCLATURA	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL
1		<input type="text"/>	
2		<input type="text"/>	
3		<input type="text"/>	
4		<input type="text"/>	
5		<input type="text"/>	
6		<input type="text"/>	
7		<input type="text"/>	
8		<input type="text"/>	

NOMENCLATURA	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL
9		<input type="text"/>	
10		<input type="text"/>	
11		<input type="text"/>	

<p>MÉDICO PRESCRITOR</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Assinatura _____</p>	<p align="center">TOTAL €</p> <p><input type="text"/></p>
---	--

DECLARAÇÃO DO UTENTE

Declaro que me foram efectuados os exames/tratamentos prescritos

Assinatura do Utente

Regras de Preenchimento da Prescrição

No âmbito do processo de conferência das requisições de MCDT, é verificada toda a informação de preenchimento obrigatório pelo médico prescritor, viabilizando a aceitação ou não das mesmas.

Neste seguimento, o presente documento foi elaborado com o intuito de facilitar o preenchimento de uma requisição de MCDT e encontra-se dividido segundo uma lógica funcional, distribuída em seis áreas, nomeadamente:

- A - Identificação do Utente
- B - Identificação do Médico Prescritor e do Local de Prescrição
- C - Necessidade de Realização de Domicílios e/ou Situações de Urgência
- D - Informação Complementar
- E - Identificação dos Exames / Tratamentos Prescritos
- F - Assinatura do Médico Prescritor

Para cada uma das áreas mencionadas, será apresentado um exemplo de um modelo de requisição pré-impresso (manual) e um modelo de requisição impresso de MCDT, pela respetiva ordem.

Refira-se que, no modelo de requisição impresso, o número de identificação do utente poderá ser preenchido com um código e barras, desde que acompanhado do respetivo número.

A – Identificação do Utente

A requisição deverá apresentar os dados da identificação do utente a quem foi prescrito o MCDT, através da indicação da seguinte informação, de acordo com a entidade responsável do utente.

Utente do SRS-Madeira

1. **Nome do utente;**
2. **Contato telefónico;**
3. **Idade;**
4. **Sexo do utente;**
5. **Entidade Responsável**, que corresponde ao nome do sistema responsável pelo pagamento dos exames / tratamentos. Se utente do Serviço Regional de Saúde da Madeira (SRS-Madeira), deverá ser apresentado como entidade responsável a sigla SRS-RAM;
6. **Número de Utente** que, neste caso, corresponde ao Número de Utente do SRS-Madeira ou, alternativamente, ao número de pedido de Cartão de Utente (NOP);

Note-se que as prescrições dos utentes do SRS – Madeira, deverão estar sempre identificadas com o Número de Utente de Saúde e que o Número de Segurança Social não é válido para efeitos de comparticipação de MCDT.

Exemplo: Utente do SRS-Madeira



MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO ACTOS TERAPÉUTICOS

A.1 Nome do Utente Paula Andreia Ávila

A.2 Contato Telefónico 960000000

A.3 Idade 29

A.4 Sexo do utente F

A.5 Entidade Responsável – SRS RAM SRS - RAM

A.6 Número de Utente 00000000

1 Nome Paula Andreia Ávila / Contacto 960000000 / Idade 29 / Sexo F

N.º de Utente / N.º Beneficiário 00000000 / Entidade Responsável / Subsistema SRS - RAM

3 NATUREZA DAS PRESCRIÇÕES

13 ENTIDADE PRESTADORA

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA GOVERNO REGIONAL SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS

* 7040000000000000000 *

A.6 Número de Utente 00000000

A.1 Nome do Utente Paula Andreia Ávila

A.3 Idade 29

A.2 Contato Telefónico 960000000

A.5 Entidade Responsável – SRS RAM SRS - RAM

UTENTE

N.º de Utente: 00000000

Nome: Paula Andreia Ávila

Idade: 29

Contacto: 960000000

Entidade Responsável / Subsistema: SRS - RAM

N.º Beneficiário:

País:

N.º Doc:

PRESCRITOR

N.º de Cedula:

Contacto:

LOCAL DE PRESCRIÇÃO

Nome:

Código:

ESTAÇÕES

Área:

ÁREA DE CONFERÊNCIA (não preencher)

ENTIDADE PRESTADORA

Carimbo

Ass. _____

Data | D | M | A | A

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

Beneficiário de um Subsistema

7. **Subsistema**, que corresponde ao nome do Subsistema responsável pelo pagamento dos exames / tratamentos (exemplo: ADSE, ADM, SAD-PSP, IASFA, etc.). Se, por exemplo, tratar-se de um beneficiário da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE), deverá ser apresentado como entidade responsável, a sigla ADSE;
8. **Número de Beneficiário**, que corresponde ao Número de Beneficiário do Subsistema a que respeita.

Note-se que a requisição deverá apresentar, inclusivamente, os dados de identificação do utente acima mencionados.

Exemplo: Beneficiário da ADSE



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA GOVERNO REGIONAL SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE		MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS		* 11111111111111111111 *	
1 Nome Paula Andreia Ávila		Contato 960000000	Idade 29	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	
N.º de Utente / N.º Beneficiário 00000000		Entidade Responsável / Subsistema ADSE - RM		ÁREA DE CONFERÊNCIA (não preencher)	
1a Doente Profissional		3 NATUREZA DAS PRESTAÇÕES		13 ENTIDADE PRESTADORA	
A.8 Número de Beneficiário		A.7 Subsistema			

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA GOVERNO REGIONAL SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE		MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS		* 704000000000000000 *	
UTENTE		PRESCRITOR		ÁREA DE CONFERÊNCIA (não preencher)	
N.º de Utente:		Nome do Prescritor:			
Nome: Paula Andreia Ávila		N.º de Cedula:			
Idade: 29		Contacto:			
Contacto: 960000000		Idade:			
Entidade Responsável / Subsistema: ADSE - RM		LOCAL DE PRESCRIÇÃO		ENTIDADE PRESTADORA	
N.º Beneficiário: 00000000		Nome:		Carimbo	
Pais:		Código:		Ass. _____	
N.º Doc:		NATUREZA DAS PRESTAÇÕES		Data DDMMAA	
A.8 Número de Beneficiário		A.7 Subsistema			

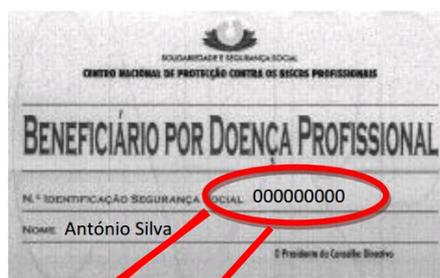
Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

Doente Profissional

9. **Entidade Responsável**, que corresponde ao nome da Entidade Responsável pelo pagamento dos exames / tratamentos, para os utentes que apresentem cartão de beneficiário por doença profissional emitido pelo Centro Nacional de Proteção de Riscos Profissionais (CNPRP), no âmbito de doença profissional da qual o utente é portador. Deverá ser apresentada como entidade responsável a sigla CNPRP;
10. **Número de Doente Profissional**, que corresponde ao número atribuído pelo Centro Nacional de Proteção contra os Riscos Profissionais (CNPRP) e terá de ser colocado no campo definido para este efeito. Recorde-se que este só deverá ser utilizado no âmbito da doença profissional.

Note-se que a requisição deverá apresentar, inclusivamente, os dados de identificação do utente acima mencionados.

Exemplo: Doente Profissional




MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

Nome: **António Silva** Contacto: 96000000 Idade: 59 Sexo: M F

N.º de Utente / N.º Beneficiário: [] Entidade Responsável / Subsistema: **CNPRP**

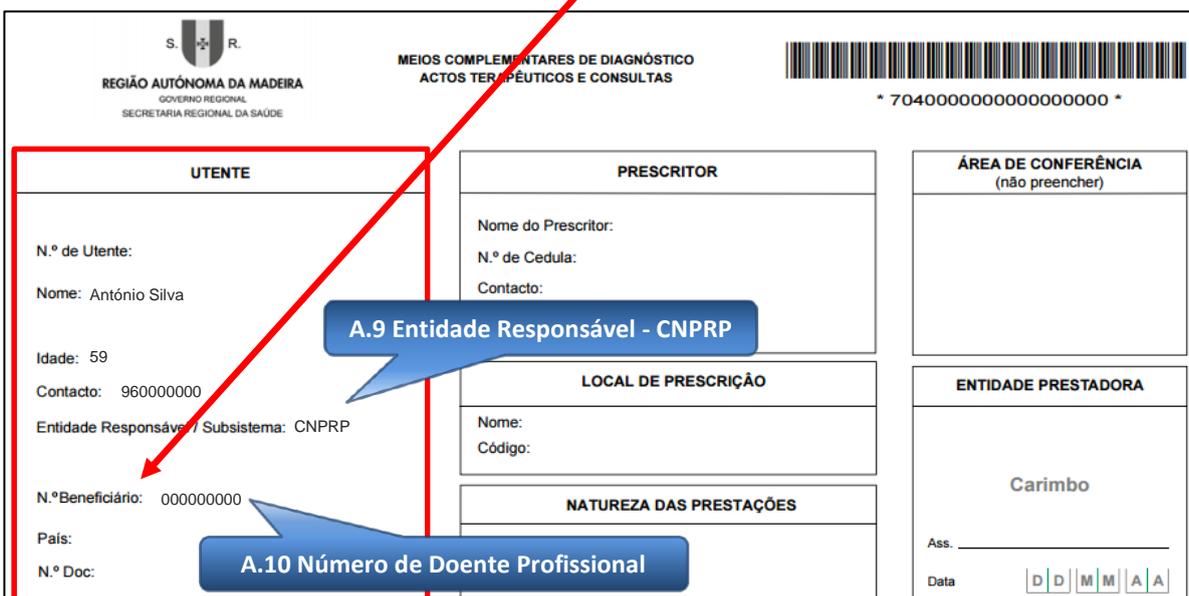
1a Doente Profissional N.º: **00000000**

1b Migrantes País: [] N.º: []

3 NATUREZA DAS PRESTAÇÕES

A	ANÁLISES CLÍNICAS	J	UROLOGIA
B	ANATOMIA PATOLÓGICA	L	NEUROFISIOLOGIA
C	CARDIOLOGIA	M	RADIOLOGIA
			CONSULTAS
			PSICOLOGIA

13 ENTIDADE PRESTADORA



MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA GOVERNO REGIONAL SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

Nome do Utente: António Silva

Idade: 59

Contacto: 96000000

Entidade Responsável / Subsistema: CNPRP

N.º Beneficiário: 00000000

País: []

N.º Doc: []

PRESCRITOR

Nome do Prescritor: []

N.º de Cedula: []

Contacto: []

LOCAL DE PRESCRIÇÃO

Nome: []

Código: []

NATUREZA DAS PRESTAÇÕES

ÁREA DE CONFERÊNCIA (não preencher)

ENTIDADE PRESTADORA

Carimbo

Ass. []

Data [][]/[][]/[][][][]

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

Migrantes

11. Se o utente for originário de um **país estrangeiro**, nomeadamente, Migrante ao abrigo de Acordos Internacionais com Portugal ou cidadão Migrante do Espaço Europeu (Cartão Europeu Seguro de Doença), tem de apresentar, na área **“Migrantes”**, o **Código do País** de origem do utente (de acordo com a ISO2);
12. **Número de Utente Migrante** é atribuído ao utente nos termos do protocolo estabelecido com o país de origem para a prestação de cuidados de saúde. Caso se trate de um utente com Cartão Europeu Seguro de Doença, deverá ser apresentado o número do respetivo cartão.

Não podem ser apresentados simultaneamente os números de Doente Profissional e de Migrante.

Note-se que a requisição deverá apresentar, inclusivamente, os dados de identificação do utente acima mencionados.

Exemplo: Migrante com Cartão Europeu Seguro de Doença



 REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA GOVERNO REGIONAL SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE		MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS		 * 11111111111111111111 *	
1 Nome <i>Jean Pierre</i>			Contacto <i>960000000</i>	Idade <i>64</i>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
N.º de Utente / N.º Beneficiário		Entidade Responsável / Subistema		ÁREA DE CONFERÊNCIA (não preencher)	
2 NATUREZA DAS PRESTAÇÕES					
ANÁLISES CLÍNICAS <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA <input type="checkbox"/> DERMATOLOGIA <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO POR IMAGEM <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA <input type="checkbox"/> DERMATOLOGIA NUCLEAR <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA <input type="checkbox"/> ELECTROENCEFALOGRAFIA <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA <input type="checkbox"/>					
13 ENTIDADE PRESTADORA					

A.11 País de origem do Utente (indicated by a red arrow pointing to the 'FR' in the 'País' field)

A.12 Número de Utente Migrante (indicated by a red arrow pointing to the '960000000' in the 'Contacto' field)

 REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA GOVERNO REGIONAL SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE		MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS		 * 7040000000000000000 *	
UTENTE		PRESCRITOR		ÁREA DE CONFERÊNCIA (não preencher)	
N.º de Utente:		Nome do Prescritor:			
Nome: Jean Pierre		N.º de Cedula:			
Idade: 64		Contacto:			
Contacto: 960000000		Especialidade:			
Entidade Responsável / Subistema:		LOCAL DE PRESCRIÇÃO		ENTIDADE PRESTADORA	
N.º Beneficiário:		Nome:			
País: FR		Código:			
N.º Doc: 00000000000000000000		Área:			
				Carimbo	
				Ass.: _____	
				Data: DD MM AA	

A.11 País de origem do Utente (indicated by a red arrow pointing to the 'FR' in the 'País' field)

A.12 Número de Utente Migrante (indicated by a red arrow pointing to the '960000000' in the 'Contacto' field)

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

B – Identificação do Médico Prescritor e do Local de Prescrição

A requisição terá de conter obrigatoriamente os seguintes dados identificativos do médico prescritor e do local onde foi efetuada a prescrição:

1. **Identificação do Médico Prescritor**, através da aposição da respetiva vinheta identificativa do médico prescritor (requisição pré-impressa – manual) ou a impressão do código de barras com a identificação do médico prescritor (requisição impressa);
2. **Identificação do Contacto do Médico / Especialidade**, através da inserção de um contacto telefónico para o qual este possa ser contactado e a menção da respetiva Especialidade;
3. **Identificação do Local de Prescrição**, através da aposição da respetiva vinheta identificativa do local de prescrição (requisição pré-impressa – manual) ou a impressão do código de barras com a identificação do local de prescrição (requisição impressa);
4. **Identificação do Responsável pela Unidade de Saúde**, através da aposição do respetivo carimbo e assinatura. A preencher exclusivamente pelo Serviço Público, apenas para requisições referentes a MCDT prescritos no âmbito de Acordos de Adesão / Convenções.



B.1 Vinheta do Médico Prescritor

B.2 Contacto e Especialidade do Médico

B.3 Vinheta do Local de Prescrição

B.4 Carimbo e Assinatura da Unidade de Saúde

2 Contacto do Médico / Especialidade 9612345678 / MGF

4 DOMICÍLIO URGÊNCIA

Justificação obrigatória do Domicílio e/ou Urgência:

6a [N.º de cédula] [Nome do Médico]

6b [Código de local] [Local de prescrição]

7 INFO. COMPLEMENTAR

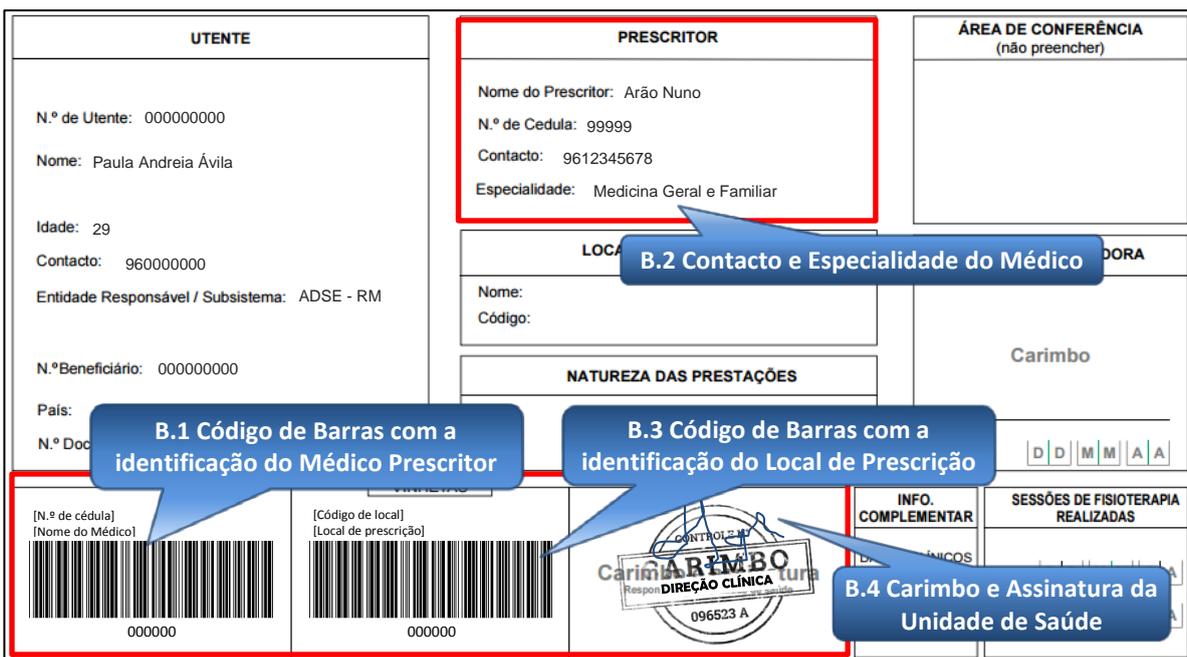
14 SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS

Carimbo

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

0 9 6 5 2 3 A



B.1 Código de Barras com a identificação do Médico Prescritor

B.2 Contacto e Especialidade do Médico

B.3 Código de Barras com a identificação do Local de Prescrição

B.4 Carimbo e Assinatura da Unidade de Saúde

UTENTE

N.º de Utente: 000000000

Nome: Paula Andreia Ávila

Idade: 29

Contacto: 960000000

Entidade Responsável / Subsistema: ADSE - RM

N.º Beneficiário: 000000000

Pais:

N.º Doc

PRESCRITOR

Nome do Prescritor: Arão Nuno

N.º de Cédula: 99999

Contacto: 9612345678

Especialidade: Medicina Geral e Familiar

ÁREA DE CONFERÊNCIA (não preencher)

LOCAL

Nome:

Código:

NATUREZA DAS PRESTAÇÕES

Carimbo

6a [N.º de cédula] [Nome do Médico]

6b [Código de local] [Local de prescrição]

7 INFO. COMPLEMENTAR

14 SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS

Carimbo

000000

000000

0 9 6 5 2 3 A

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

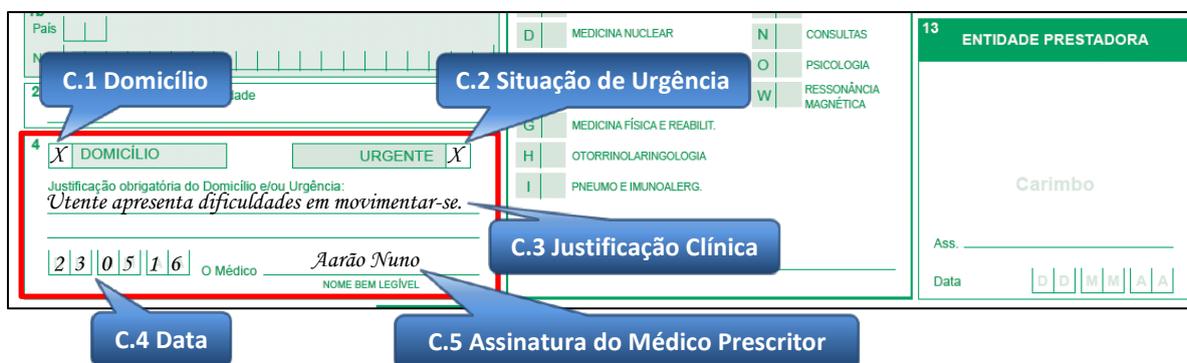
C – Necessidade de realização de Domicílios e/ou situações de Urgência

No âmbito da Área A – Análises Clínicas poderá existir a necessidade de deslocação ao domicílio do utente para a realização das colheitas.

As indicações que se seguem são meramente indicativas na relação entre o prescriptor e o prestador, não sendo de carácter obrigatório.

1. O campo “**Domicílio**” pode ser assinalado;
2. No caso de ser uma situação de urgência, o médico prescriptor pode assinalar o campo “**Urgência**”;
3. Pode ser apresentada a **justificação clínica** para a realização do domicílio;
4. No caso de preenchimento de algum dos campos acima mencionados, o campo da **data** deve ser devidamente preenchido pelo médico prescriptor;
5. À semelhança do ponto anterior, o médico prescriptor deve ainda assinar no campo designado para esse fim, de modo a autenticar a justificação da prescrição ao domicílio.

Note-se que a Área “C – Necessidade de realização de Domicílios e/ou situações de Urgência” apenas se aplica ao modelo de requisição pré-impresso (manual).



The image shows a screenshot of a medical prescription form with several callouts pointing to specific fields:

- C.1 Domicílio:** Points to the 'DOMICILIO' checkbox, which is checked.
- C.2 Situação de Urgência:** Points to the 'URGENTE' checkbox, which is checked.
- C.3 Justificação Clínica:** Points to the text area containing the justification: "Justificação obrigatória do Domicílio e/ou Urgência: *Utente apresenta dificuldades em movimentar-se.*"
- C.4 Data:** Points to the date input field containing '23/05/16'.
- C.5 Assinatura do Médico Prescriptor:** Points to the signature field containing 'Aarão Nuno'.

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

D – Informação Complementar

Este campo deverá ser assinalado caso o médico prescriptor pretenda enviar os dados clínicos da terapêutica atual / relatório médico, ao prestador.

Note-se que o preenchimento deste campo é obrigatório, nas requisições prescritas no Serviço Público, no âmbito dos Acordos de Adesão / Convenções, nomeadamente na Convenção PEACS.

6a		6b VINHETAS		6c		7 INFO. COMPLEMENTAR		14 SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS	
[N.º de cédula] [Nome do Médico] 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		[Código de local] [Local de prescrição] 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		Carimbo e assinatura Responsável pela unidade de saúde		DADOS CLÍNICOS EM ANEXO Terapêutica actual <input checked="" type="checkbox"/>		Início [D][D][M][M][A][A] Fim [D][D][M][M][A][A]	
9 NOMENCLATURA				10 QUANTIDADE PRESCRITA	11 PRODUTOS A EXAMINAR	15 CÓDIGO	16 QUANTIDADE PRESTADA	17 PREÇO TOTAL	
1									
2									
3									
4									

[N.º de cédula] [Nome do Médico] 000000		VINHETAS [Código de local] [Local de prescrição] 000000		Carimbo e assinatura Responsável pela unidade de saúde		7 INFO. COMPLEMENTAR		SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS	
						DADOS CLÍNICOS EM ANEXO Terapêutica actual <input checked="" type="checkbox"/>		Início [D][D][M][M][A][A] Fim [D][D][M][M][A][A]	
NOMENCLATURA				QUANTIDADE PRESCRITA	PRODUTOS A EXAMINAR	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL	
1									
2									
3									
4									

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

E – Identificação dos Exames / Tratamentos Prescritos

A requisição tem de identificar a área de MCDT e, dentro desta, os respetivos exames / tratamentos que foram prescritos ao utente. A seguinte informação é de preenchimento obrigatório:

1. A área de MCDT à qual pertence o exame /tratamento prescrito terá de estar assinalada no campo “**Natureza das Prestações**”.

Note-se que, em cada requisição, apenas deverão ser prescritos exames da mesma área.

2. O exame / tratamento prescrito terá de estar identificado, nos campos destinados para este efeito, devendo para tal ser colocado:
 - a) **Nomenclatura** do exame / tratamento, com caligrafia legível (na requisição pré-impressa), de acordo com as Tabelas de MCDT em vigor;
 - b) **Quantidade** de exames / tratamentos prescritos. Sempre que o campo não for preenchido, assumir-se-á que a quantidade pretendida equivale à unidade (1);
 - c) **Produtos a Examinar**, quando se verifique a necessidade de identificar um produto específico, nomeadamente na área A – Análises Clínicas, sendo que este não é um campo de preenchimento obrigatório.

Note-se que cada exame / tratamento deverá estar colocado numa linha diferente.

N.º de Utente / N.º Beneficiário Entidade Responsável / Subsistema		3 NATUREZA DAS PRESTAÇÕES A <input checked="" type="checkbox"/> ANÁLISES CLÍNICAS B ANATOMIA PATOLÓGICA C CARDIOLOGIA D MEDICINA NUCLEAR E ELECTROENCEFALOGRAFIA F ENDOSCOPIA GASTROENT. G MEDICINA FÍSICA E REABILIT. H OTORRINOLARINGOLOGIA I PNEUMO E IMUNOALERG. J UROLOGIA L NEUROFISIOLOGIA M RADIOLOGIA N CONSULTAS O PSICOLOGIA W RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OUTROS: _____		13 ENTIDADE PRESTADORA Carimbo Ass. _____ Data DD MM AA	
1a Doente Profissional N.º _____		E.1 Natureza das Prestações			
1b País _____ N.º _____		2 Contacto do Médico / Especialidade _____			
4 DOMICÍLIO _____ URGENTE <input type="checkbox"/> Justificação obrigatória do Domicílio e/ou Urgência: _____ DD MM AA O Médico _____ NOME BEM LEGÍVEL		6a [N.º de cédula] (Nome do Médico) [Barcode] 0000000000		6b [Código de local] (Local de prescrição) [Barcode] 0000000000	
		6c _____		7 INFO. COMPLEMENTAR DADOS CLÍNICOS ANEXO a actual	
				14 SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS Início DD MM AA Fim DD MM AA	
9 NOMENCLATURA		10 QUANTIDADE PRESCRITA		11 PRODUTOS A EXAMINAR	
1 Glicemia		0 1		Sangue	
2 Ácido Úrico		0 1		Sangue	
3 Colesterol Total		0 1		Sangue	
4 Colesterol HDL		0 1		Sangue	
5 Colesterol LDL		0 1		Sangue	
6 Triglicéridos		0 1		Sangue	
7 _____		_____		_____	
8 _____		_____		_____	
E.2 a) Nomenclatura do Exame / Tratamento		E.2 b) Quantidade Prescrita		E.2 c) Produtos a Examinar	
				15 CÓDIGO	
				16 QUANTIDADE PRESTADA	
				17 PREÇO TOTAL	

<p align="center">UTENTE</p> <p>N.º de Utente: 000000000</p> <p>Nome: Paula Andreia Ávila</p> <p>Idade: 29</p> <p>Contacto: 960000000</p> <p>Entidade Responsável / Subsistema: SRS – RAM</p> <p>N.º Beneficiário:</p> <p>País:</p> <p>N.º Doc:</p>		<p align="center">PRESCRITOR</p> <p>Nome do Prescritor:</p> <p>N.º de Cedula:</p> <p>Contacto:</p> <p>Especialidade:</p>		<p align="center">ÁREA DE CONFERÊNCIA (não preencher)</p>	
		<p align="center">LOCAL DE PRESCRIÇÃO</p> <p>Nome:</p> <p>Código:</p>		<p align="center">ENTIDADE PRESTADORA</p> <p>Ass. _____</p> <p>Data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
		<p align="center">NATUREZA DAS PRESTAÇÕES</p> <p>Área: Análises Clínicas</p>		<p align="center">E.1 Natureza das Prestações</p>	
<p align="center">VINHETAS</p> <p>[N.º de cédula] [Nome do Médico]</p>  <p>000000</p>		<p>[Código de local] [Local de prescrição]</p>  <p>000000</p>		<p align="center">INFO. COMPLEMENTAR</p> <p>DADOS CLÍNICOS</p> <p>Atual</p>	
		<p align="center">E.2 b) Quantidade Prescrita</p>		<p align="center">SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS</p> <p>Início <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Fim <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p align="center">NOMENCLATURA</p>		<p align="center">QUANTIDADE PRESCRITA</p>		<p align="center">PRODUTOS A EXAMINAR</p>	
<p>1 Glicemia</p> <p>2 Ácido Úrico</p> <p>3 Colesterol Total</p> <p>4 Colesterol HDL</p> <p>5 Colesterol LDL</p> <p>6 Triglicéridos</p> <p>7</p> <p>8</p>		<p>01</p> <p>01</p> <p>01</p> <p>01</p> <p>01</p> <p>01</p>		<p>Sanque</p> <p>Sanque</p> <p>Sanque</p> <p>Sanque</p> <p>Sanque</p> <p>Sanque</p>	
<p align="center">E.2 a) Nomenclatura do Exame / Tratamento</p>		<p align="center">E.2 c) Produtos a Examinar</p>		<p align="center">CÓDIGO</p> <p align="center">QUANTIDADE PRESTADA</p> <p align="center">PREÇO TOTAL</p>	

Validade: 6 Meses

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

F – Assinatura do Médico Prescritor

Para além da aposição da vinheta do médico prescritor referida no ponto B, a requisição terá de apresentar obrigatoriamente:

1. **Assinatura manuscrita** do médico prescritor;
2. **Data da prescrição** (manuscrita ou impressa).

Todas as requisições têm validade de 6 meses a contar da data da prescrição.

F.1 Assinatura do Médico Prescritor

12	MÉDICO PRESCRITOR	20	TOTAL €						
2	3	0	5	1	6	Assinatura <i>Aarão Nuno</i>			
21	DECLARAÇÃO DO UTENTE		22	DOMICÍLIO					
Declaro que me fo		s		1		2		3	
D		D		URBANO – Funchal		URBANO – Outras cidades		NÃO URBANO	
Assinatura do Utente		Localidade				-		Km	

F.2 Data da Prescrição

F.1 Assinatura do Médico Prescritor (manuscrita)

12	MÉDICO PRESCRITOR	20	TOTAL €						
2	3	0	5	1	6	Assinatura <i>Aarão Nuno</i>			
DECLARAÇÃO DO UTENTE									
Declaro que me fo		tuados os exames/tratamentos prescritos							
D		D							
Assinatura do Utente									

F.2 Data da Prescrição

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

**MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS**



1 Nome *Paula Andreia Ávila* Idade *29* Sexo M F

N.º de Utente / N.º Beneficiário *0000000000* Entidade Responsável / Subsistema *SRS - RAM*

1a Doente Profissional N.º _____

1b Migrantes País _____ N.º _____

2 Contacto _____

4 Justificação obrigatória do Domicílio e/ou Urgência: _____

O Médico _____ NOME BEM LEGÍVEL

3 NATUREZA DAS PRESTAÇÕES

<input checked="" type="checkbox"/> A	ANÁLISES CLÍNICAS	<input type="checkbox"/> J	UROLOGIA
<input type="checkbox"/> B	ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> L	NEUROFISIOLOGIA
<input type="checkbox"/> C	CARDIOLOGIA	<input type="checkbox"/> M	RADIOLOGIA
<input type="checkbox"/> D	MEDICINA NUCLEAR	<input type="checkbox"/> N	CONSULTAS
<input type="checkbox"/> E	ELECTROENCEFALOGRAFIA	<input type="checkbox"/> O	PSICOLOGIA
<input type="checkbox"/> F	ENDOSCOPIA GASTROENT.	<input type="checkbox"/> W	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
<input type="checkbox"/> G	MEDICINA FÍSICA E REABILIT.		
<input type="checkbox"/> H	OTORRINOLARINGOLOGIA		
<input type="checkbox"/> I	PNEUMO E IMUNOALERG.		

OUTROS: _____

13 ENTIDADE PRESTADORA

Carimbo

6a [N.º de cédula] [Nome do Médico] 

6b [Código de local] [Local de prescrição] 

6c VINHETAS

Carimbo e assinatura
Responsável pela unidade de saúde

9 NOMENCLATURA	10 QUANTIDADE PRESCRITA	11 PRODUTOS A EXAMINAR	15 CÓDIGO	16 QUANTIDADE PRESTADA	17 PREÇO TOTAL
1 <i>Beta-galactosidase, s</i>	<i>01</i>	<i>Sangue</i>			
2 <i>Beta-glicosidase, s</i>	<i>01</i>	<i>Sangue</i>			
3					
4					
5					
6					
7					
8					

PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS

18 VINHETA/CARIMBO	19 NOMENCLATURA	15 CÓDIGO	16 QUANTIDADE PRESTADA	17 PREÇO TOTAL
9				
10				
11				

Ass. Médico Executante _____

12 MÉDICO PRESCRITOR	20 TOTAL €
<i>230516</i> Assinatura <i>Aarão Nuno</i>	

21 DECLARAÇÃO DO UTENTE	22 D DOMICÍLIO
Declaro que me foram efectuados os exames/tratamentos prescritos	<input type="checkbox"/> 1 URBANO – Funchal <input type="checkbox"/> 2 URBANO – Outras cidades <input type="checkbox"/> 3 NÃO URBANO
<i>DDMMAA</i>	Localidade _____ Km _____

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO (ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS)

* 11111111111111111111 *

Cada requisição deverá ter apenas uma área da "Natureza das Prestações" assinalada

Todos os campos da "Identificação do Utente" deverão estar devidamente preenchidos

A aposição das vinhetas de médico prescriptor e de local de prescrição deverá ser colocada no respetivo campo

Cada exame/tratamento com um código diferente deverá estar colocado numa linha diferente

A data e assinatura do médico prescriptor deverão constar neste campo

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

Normas relativas à Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) – v1.0

17



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

**MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS**



* 704000000000000000 *

UTENTE

N.º de Utente: 000000000

Nome: Paula Andreia Ávila

Idade: 29

Contacto: 960000000

Entidade Responsável / Subsistema: SRS – RAM

N.º Beneficiário:

Pais:

N.º Doc:

PRESCRITOR

Nome: Aarão Nuno

Contacto: 9612345678

Especialidade: Medicina Geral e Familiar

LOCAL DE PRESCRIÇÃO

Nome:

Código:

NATUREZA DAS PRESTAÇÕES

Área: Análises Clínicas

ÁREA DE CONFERÊNCIA
(não preencher)

Carimbo

Ass. _____

Data: |D|D|M|M|A|A|

VINHETAS

[N.º de cédula]
[Nome do Médico]



000000

[Código de local]
[Local de prescrição]



000000

	NOMENCLATURA	QUANTIDADE PRESCRITA	PRODUTOS A EXAMINAR	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL
1	Beta-galactosidase, s	01	Sangue			
2	Beta-glucosidase, s	01	Sangue			
3						
4						
5						
6						
7						
8						

PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS

	NOMENCLATURA	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL
9				
10				
11				

Vinheta/Carimbo

Médico executante

Ass. Médico Executante _____

MÉDICO PRESCRITOR

Assinatura: *Aarão Nuno*

TOTAL € _____

DECLARAÇÃO DO UTENTE

Declaro que me foram efectuados os exames/tratamentos prescritos

|D|D|M|M|A|A|

Assinatura do Utente _____

Nome: _____

VALOR DOS SERVIÇOS PRESTADOS € _____

VALOR POR EXTENSO _____

ASSINATURA _____



* 704000000000000000 *

Todos os campos da "Identificação do Utente" deverão estar devidamente preenchidos

Cada requisição deverá ter apenas uma área da "Natureza das Prestações" assinalada

A impressão dos códigos de barras identificativos do médico prescriptor e do local de prescrição é obrigatória e deverá ser colocada no respetivo campo

Cada exame/tratamento com um código diferente deverá estar colocado numa linha diferente

O número de exames/tratamentos prescritos deve ser colocado neste campo

A data e assinatura manuscrita do médico prescriptor deverão constar neste campo

Validade 6 Meses

Processado por computador - (empresa de software)

2. Resumo das Regras de Prescrição

Em modo conclusivo, segue-se um Resumo das Regras de Prescrição de MCDT que são, especificamente, da responsabilidade do médico prescriptor.

ID	Âmbito	Regras de Prescrição
1	Identificação do Utente	O <u>Nome</u> , a <u>Entidade Financeira Responsável</u> e o <u>Número de Utente</u> têm de se encontrar preenchidos no campo definido para este efeito. Este último pode apresentar um dos seguintes valores possíveis: <ul style="list-style-type: none"> • Número de Utente do SRS-Madeira; • Número de pedido de cartão de utente (NOP).
2	Identificação do Utente	Se o utente for Beneficiário de um Subsistema, em substituição do Número de Utente deverá ser apresentado o <u>Número de Beneficiário</u> e a respetiva Entidade Financeira Responsável (exemplo: ADSE).
3	Identificação do Utente	Se o utente for Doente Profissional, em substituição do Número de Utente / Número de Beneficiário, terá de ser apresentado o <u>Número de Doente Profissional</u> , atribuído pelo CNPRP, no campo da requisição destinado a esse efeito.
4	Identificação do Utente	Se o utente for um <u>Migrante</u> , terá de apresentar, em substituição do Número de Utente / Número de Beneficiário e na área destinada a esse efeito: <ul style="list-style-type: none"> • O <u>Código do País de Origem do Utente</u> (de acordo com a ISO2); • O <u>Número de Identificação do Utente, no âmbito do Protocolo de cooperação estabelecido com o seu país de origem</u> (caso seja portador do Cartão Europeu de Seguro de Doença, o número a apresentar terá de ser o número do respetivo Cartão).
5	Identificação do Utente	Não podem ser apresentados simultaneamente o Número de Doente Profissional e o Número de Migrante.
6	Identificação do Utente	O Número de Segurança Social não é válido para efeitos de participação de MCDT. Salienta-se ainda que a Segurança Social não é considerada uma Entidade Financeira Responsável para efeitos de participação de MCDT.
7	Identificação do médico e do local de prescrição	Todas as requisições pré-impressas (manuais) deverão estar identificadas, obrigatoriamente, com o modelo de vinheta do médico prescriptor e do local de prescrição, em vigor à data da prescrição, e a mesmas têm que estar legíveis. Relembra-se ainda que as mesmas deverão ser colocadas no local definido para esse efeito. Relativamente às requisições impressas, as mesmas deverão estar identificadas com a impressão do código de barras identificativo do médico e do local de prescrição, no campo definido para esse efeito.

ID	Âmbito	Regras de Prescrição
8	Identificação do médico e do local de prescrição	A identificação do responsável da Unidade de Saúde é obrigatória, para requisições prescritas exclusivamente pelo Serviço Público, no âmbito de Acordos de Adesão / Convenções. Neste contexto, a requisição deverá conter, obrigatoriamente, o carimbo da Unidade de Saúde, acompanhado da assinatura do responsável dessa mesma Unidade.
9	Identificação dos Exames / Tratamentos prescritos	No campo “Natureza das Prestações”, os exames / tratamentos prescritos na requisição devem corresponder apenas a uma área de MCDT.
10	Identificação dos Exames / Tratamentos prescritos	Cada linha da requisição apenas deverá conter um nome de um exame / tratamento, com <u>caligrafia legível</u> (na requisição pré-impressa).
11	Identificação dos Exames / Tratamentos	A quantidade dos exames / tratamentos prescritos, deverá ser preenchida no campo definido para esse efeito. Sempre este campo não for preenchido, será assumido que a quantidade pretendida equivale à unidade (1).
12	Assinatura do Médico prescritor	A requisição deverá ser datada e assinada manuscritamente pelo médico prescritor, no campo referido para esse efeito.
13	Requisição	São apenas aceites o novo modelo de requisição em papel (aprovado no Portaria n.º 268/2016) e o novo modelo de requisição impresso (aprovado no Despacho n.º 97 /2017), proveniente de aplicações informáticas.
14	Requisição	As requisições não podem apresentar modificações, tais como correções, rasuras, recortes ou quaisquer outras modificações.
15	Requisição	Toda e qualquer informação de preenchimento obrigatório tem de estar visível e legível.
16	Requisição	Não se aceitam fotocópias dos modelos de requisição.

Contactos úteis

- IASAÚDE, IP-RAM – Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM

Site: www.iasaude.sras.gov-madeira.pt

Rua das Pretas, n.º 1

9004-515 Funchal

Telef.: 291 212 300

E-mail: iasaude@iasaude.sras.gov-madeira.pt

Versão

Versão	Data	Alteração principal
1.0	2017.10.01	Versão original Normas relativas à Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)