

RELATÓRIO MÉDICO CIRCUNSTANCIADO

Declaro, para os fins solicitados, que _____ CPF nº _____ encontra-se em acompanhamento nesta Unidade de Saúde desde ____/____/____.

O presente relatório é emitido a pedido da pessoa assistida para _____.
A pessoa assistida autorizou expressamente a inclusão do diagnóstico e do respectivo CID neste documento, com registro em prontuário.

A pessoa apresenta diagnóstico clínico de **fibromialgia – CID-10 M79.7**, estabelecido em ____/____, após avaliação clínica compatível com dor crônica generalizada associada _____.

Na avaliação clínica registrada em ____/____, apresentou Índice de Dor Generalizada (IDG) de ____/19 e Escala de Gravidade dos Sintomas (EGS) de ____/12, com sintomas presentes em padrão semelhante há mais de três meses.

No acompanhamento, foram orientadas e/ou instituídas medidas como _____ com resposta _____.

Trata-se de condição crônica, de evolução variável, com possibilidade de períodos de piora dos sintomas, mantendo indicação de seguimento longitudinal e reavaliações periódicas conforme necessidade clínica.

Este relatório descreve informações clínicas e funcionais observadas no acompanhamento assistencial, sendo emitido para subsidiar avaliação pela instância competente. **Não constitui caracterização de deficiência, conclusão pericial de incapacidade laborativa ou reconhecimento de direito a benefício.**

Nome do profissional: _____

CRM-Pr: _____

Unidade de Saúde: _____

Carimbo profissional