



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

| | | | | | | | | |
|--|--|---|--------|-------------------------------------|--------|--------|--------|--|
| 1- Número do CNES* | | 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante | | | | | | |
| 3- Nome completo do Paciente* | | 5- Peso do paciente* kg | | | | | | |
| 4- Nome da Mãe do Paciente* | | 6- Altura do paciente* cm | | | | | | |
| 7- Medicamento(s)* | | 8- Quantidade solicitada* | | | | | | |
| | | 1º mês | 2º mês | 3º mês | 4º mês | 5º mês | 6º mês | |
| | | 1 | | | | | | |
| | | 2 | | | | | | |
| | | 3 | | | | | | |
| | | 4 | | | | | | |
| | | 5 | | | | | | |
| 9- CID-10* | | 10- Diagnóstico | | | | | | |
| 11- Anamnese* | | | | | | | | |
| 12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar: | | | | | | | | |
| <div style="text-align: center;">13- Atestado de capacidade*</div> <p>A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento</div><div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40%;"></div></div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">Nome do responsável</div> | | | | | | | | |
| 14- Nome do médico solicitante* | | | | 17- Assinatura e carimbo do médico* | | | | |
| 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* | | | | | | | | |
| 16- Data da solicitação* | | | | | | | | |

18 - **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR***: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante
☐ Outro, informar nome: _____ e CPF _____

| | | |
|--|--|---|
| 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* | | 20- Telefone(s) para contato do paciente |
| 21- Número do documento do paciente | | |
| 22- Correio eletrônico do paciente | | 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* |
| | | |

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO