



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									
1	2	3	4	5	6	7	Establishment Solicit Name									

3- Nome completo do Paciente*															5- Peso do paciente*		
Patient Name Name															1 2 3 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente*															6- Altura do paciente*		
Patient Mother Name															1 4 0 cm		

7- Medicamento(s)*							8- Quantidade solicitada*		
							1º mês	2º mês	3º mês
1									
2									
3									
4									
5									

9- CID-10*				10- Diagnóstico															
A	1	2	3																

11- Anamnese*																		
Anamnese																		

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*																		
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: Previout Theatment																		
<input type="checkbox"/> NÃO																		

13- Atestado de capacidade*																		
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?																		
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento																		
Nome do responsável																		

14- Nome do médico solicitante*										15- Data da solicitação*					17- Assinatura e carimbo do médico*			
Professional Solic Name										12 / 10 / 2022								
16- Número do documento do médico solicitante*																		
<input checked="" type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 2 8 4 4 5 4 0 0 0 7 0																		

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input checked="" type="checkbox"/> Médico solicitante																		
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: e CPF																		

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*																			20- Telefone(s) para contato do paciente									
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela																			-									
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia:																			-									
<input type="checkbox"/> Parda <input checked="" type="checkbox"/> Sem informação																												
21- Número do documento do paciente																			23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*									
<input type="checkbox"/> CPF ou <input checked="" type="checkbox"/> CNS 9 2 8 9 7 6 9 5 4 9 3 0 0 0 7																												
22- Correio eletrônico do paciente																												

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO