

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* 89654		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 8965	
3- Nome completo do Paciente* Paciente t			5- Peso do paciente* 4968 kg
4- Nome da Mãe do Paciente* Telina			6- Altura do paciente* 10 cm
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*	
		1º mês	2º mês
1	85964	8965	4896
2			
3			
4			
5			
9- CID-10* 48965		10- Diagnóstico 4	
11- Anamnese* 85964			
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*			
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: <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 type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento			
14- Nome do médico solicitante* Messias		17- Assinatura e carimbo do médico*	
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16516854894894		16- Data da solicitação* 30/10/2019	
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input 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 type="checkbox"/> Sem informação			
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS sadf8789132196854654896545			
22- Correio eletrônico do paciente			

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Paciente t
Endereço:

85964 8965
85964

30/10/2019

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	UF:
Cidade:	
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

8965

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Paciente t
Endereço:

85964 8965
85964

30/10/2019

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	UF:
Cidade:	
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

8965

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Paciente t
Endereço:

85964

4896

29/11/2019

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:			
Identidade:	Órgão Emissor:		
Endereço:			
Cidade:	UF:		
Telefone:			<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

8965

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Paciente t
Endereço:

85964

4896

29/11/2019

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:			
Identidade:	Órgão Emissor:		
Endereço:			
Cidade:	UF:		
Telefone:			<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

8965

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Paciente t
Endereço:

85964 54

29/12/2019

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	UF:
Cidade:	
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

8965

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Paciente t
Endereço:

85964 54

29/12/2019

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	UF:
Cidade:	
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

8965