

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* Maria do Carmo Santana Maia		5- Peso do paciente* 75 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* Antonia Silveira Maia		6- Altura do paciente* 180 cm		

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	Anuscopia 2g	60	60	60
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* **Z76.3** 10- Diagnóstico **Solicitação de atestado médico.**

11- Anamnese* **Delírios e alucinações.**

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*
☐ SIM. Relatar:
☐ 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?

☐ NÃO ☒ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Periquito Silveira
Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante*
Lucas Amorim Vieira de Barros

17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*
980016293604585

16- Data da solicitação*
12/12/2019

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*
☐ Branca ☐ Amarela
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: _____
☐ Parda ☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente
☐ CPF ou ☐ CNS **3337741580**

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

22- Correio eletrônico do paciente

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Maria do Carmo Santana Maia

Endereço:

Anuscopia 2g

60

12/12/2019

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Maria do Carmo Santana Maia

Endereço:

Anuscopia 2g

60

12/12/2019

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

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Maria do Carmo Santana Maia

Endereço:

Anuscopia 2g

60

11/01/2020

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Maria do Carmo Santana Maia

Endereço:

Anuscopia 2g

60

11/01/2020

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

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Maria do Carmo Santana Maia

Endereço:

Anuscopia 2g

60

10/02/2020

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Maria do Carmo Santana Maia

Endereço:

Anuscopia 2g

60

10/02/2020

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