

**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\* 6823663 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Clínica Heleníssima

3- Nome completo do Paciente\* Pintassilgo Junior Felicio Capitão Campeão 5-Peso do paciente\* 120 kg

4- Nome da Mãe do Paciente\* Carlinda de Jesus 6-Altura do paciente\* 180 cm

7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*		
	1º mês	2º mês	3º mês
1 Lamotrigina 100mg	60	90	140
2			
3			
4			
5			

9- CID-10\* G40.0 10- Diagnóstico Epilepsia com hemorróidas trombosadas

11- Anamnese\* Dor anal e crises generalizadas.

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\* Usou remédio de louco: Gardenal.  
☐ 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 **Cabrito de Jesus**  
 Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante\* Lucas 17- Assinatura e carimbo do médico\*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\* 234234234 16- Data da solicitação\* 2020-10-30

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 4387456548654564945642187888987964569

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** Pintassilgo Junior Felício Capitão Campeão

**Endereço:**

Lamotrigina 100mg

60

1cp 12/12 horas.

2020-10-30

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

Clinica Heleníssima

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** Pintassilgo Junior Felício Capitão Campeão

**Endereço:**

Lamotrigina 100mg

60

1cp 12/12 horas.

2020-10-30

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

Clinica Heleníssima

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** Pintassilgo Junior Felício Capitão Campeão

**Endereço:**

Lamotrigina 100mg 90

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

Clinica Heleníssima

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** Pintassilgo Junior Felício Capitão Campeão

**Endereço:**

Lamotrigina 100mg 90

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

Clinica Heleníssima

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** Pintassilgo Junior Felício Capitão Campeão

**Endereço:**

Lamotrigina 100mg 140

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

Clinica Heleníssima

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** Pintassilgo Junior Felício Capitão Campeão

**Endereço:**

Lamotrigina 100mg 140

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

Clinica Heleníssima