

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

SOLICITAÇÃO DE MEDICAN	MENTO(S)		
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO	D MÉDICO SOLICITANTE		
1-Número do CNES* 2- Nome do estabelecimento de saúd Satanista Assistência			
3- Nome completo do Paciente*	IVICUICA	5 Paso do	paciente*
456		64	1
4- Nome da Mãe do Paciente*			o paciente*
5645		4	cm
7- Medicamento(s)*		antidade solic	1
1 Lamotrigina 100mg	1º mês 60	2º mês 90	3º mês 120
Lamoungina roomg	30	60	90
Garashar 200mg		+	-
3 Pramipexol 0,125mg	30	60	90
4 Selegilina 5mg	30	60	90
5 Fingolimode 0,5mg	30	60	90
9- CID-10* 10- Diagnóstico 564			
11- Anamnese*			
(56			
Designate veglines tratemente préside en esté un tratemente de deseace?*			
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* ■ SIM. Relatar: Usou remédio de louco: Gardenal.			
□NÃO			J
	1 4		=
13- Atestado de capacidad A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica		e da presenca fí	ísica do
paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O pacie			
NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual			
poderá realizar a solicitação do medicamento	Nome do respor	sável	
C 14 Nome do médico solicitante*	17- Assinatu	ra e carimbo do	médico*
Jair Messias]		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* — 16- Data da solic	- 11		
980016547896545 30/10/20	095		
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente	Responsável (descrito no ite	em 13) 🗷 Médio	co solicitante
Outro, informar nome:	_e CPF		
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*	20- Telefone(s) pa	ra contato do na	ciente
Branca Amarela	1 1	554654	
Preta Indígena. Informar Etnia:	_	654	$\overline{}$
Parda Sem informação 21- Número do documento do paciente			
	23- Assinatura do res	sponsavei pelo pre	encnimento
22- Correio eletrônico do paciente	$=$ \mid		
5645@gmail.com			

^{*} CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Nome: 456

Endereço: 654

Lamotrigina 100mg
1cp 12/12 horas

Gardenal 200mg
Tomar 1cp a noite

Pramipexol 0,125mg
Tomar 1cp a noite

Selegilina 5mg
Tomar 1cp a noite

Fingolimode 0,5mg
Toamr 1cp pela manha

30/10/2095

Satanista Assistência Médica

Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone:

Identificação do Comprador

Identificação do Fornecedor

Órgão Emissor:

Ë

Assinatura do Farmacêutico

Rua João de Azevedo Marques, 333

6666 6666 C

Jd. Três Marias

6666 6666 06706135

Jd. Três Marias

Rua João de Azevedo Marques, 333

Satanista Assistência Médica

06706135

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 456

Endereço: 654

Assinatura do Farmacêutico	Telefone:
	Cidade: UF:
	Identie: Órgão Emissor:
Identificação do Fornecedor	Identificação do Comprador
30/10/2095	Toamr 1cp pela manha
30	Fingolimode 0,5mg
	Tomar 1cp a noite
30	Selegilina 5mg
	Tomar 1cp a noite
30	Pramipexol 0,125mg
	Tomar 1cp a noite
30	Gardenal 200mg
	1cp 12/12 horas
60	Lamotrigina 100mg

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Nome: 456

Endereço: 654

Gardenal 200mg Lamotrigina 100mg Tomar 2cp 12/12 horas.

Pramipexol 0,125mg Tomar 2cp a noite. Tomar 2cp a noite

Selegilina 5mg Tomar 2cp a noite 60

Fingolimode 0,5mg Toamr 2cp manha 60

29/11/2095

Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone: Identificação do Comprador Órgão Emissor: Ë Assinatura do Farmacêutico Identificação do Fornecedor

Satanista Assistência Médica

Rua João de Azevedo Marques, 333

6666 6666

Jd. Três Marias

06706135

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 456

Endereço: 654

Lamotrigina 100mg
Tomar 2cp 12/12 horas. 90

Gardenal 200mg Tomar 2cp a noite.

60

90

Pramipexol 0,125mg Tomar 2cp a noite

60

60

60

Selegilina 5mg Tomar 2cp a noite

Fingolimode 0,5mg

Toamr 2cp manha 29/11/2095 60 60

Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone: Identificação do Comprador Órgão Emissor: ∪F: Assinatura do Farmacêutico Identificação do Fornecedor

Satanista Assistência Médica

Rua João de Azevedo Marques, 333

6666 6666

06706135 Jd. Três Marias

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Nome: 456

Endereço: 654

Lamotrigina 100mg
Tomar 3cp 12/12 horas.

Gardenal 200mg
Tomar 3cp a noite.

Pramipexol 0,125mg

Tomar 3cp a noite

Selegilina 5mg

90

Toamr 3 cp a noite

Fingolimode 0,5mg

Tomar 3cp manha

29/12/2095

Identificação do Comprador
Nome:
Identidade: Órgão Emissor:
Endereço:
Cidade: UF:
Telefone: Assinatura do Farmacêutico

Satanista Assistência Médica

Rua João de Azevedo Marques, 333

6666 6666 Co

Jd. Três Marias

06706135

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 456 Endereço: 654

Lamotrigina 100mg
Tomar 3cp 12/12 horas.

120

90

Gardenal 200mg Tomar 3cp a noite.

Pramipexol 0,125mg
Tomar 3cp a noite

Selegilina 5mg Toamr 3 cp a noite

90

90

90

Fingolimode 0,5mg

Tomar 3cp manha

29/12/2095

Identificação do Comprador

Nome:
Identidade: Órgão Emissor:
Endereço:
Cidade: UF:
Telefone:

Assinatura do Farmacêutico

Rua João de Azevedo Marques, 333

6666 6666 Cotia

06706135 Jd. Três Marias