



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* asdf		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante asdf		
3- Nome completo do Paciente* MARCELO FREIXO		5-Peso do paciente* 80 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* DONA IAIA		6-Altura do paciente* 180 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	passofundo 400mgm	30	30	30
2	Gardenal 200mg	asdf	asdf	asdf
3				
4				
5				
9- CID-10* G40.0		10- Diagnóstico Epilepsia com hemorróidas trombosadas		
11- Anamnese* Crises generalizadas sem fatores desencadeantes. Risco de recorrência superior a 40%.				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: Usou remédio de louco: Gardenal.				
<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				
DONA IAIA Nome do responsável				
14- Nome do médico solicitante* asdfsdf		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* asdf		16- Data da solicitação* 30/10/1986		

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*		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			
22- Correio eletrônico do paciente			

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: MARCELO FREIXO
Endereço: Rua Professora Rica, 28

VIA RETAL:
passofundo 400mgm 30
TOMAR 1CP POR DIA
Gardenal 200mg asdf
adfasdf

30/10/1986

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

asdf
asdf, asdf
asdf
sdf

asdf
asdf

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: MARCELO FREIXO
Endereço: Rua Professora Rica, 28

VIA RETAL:
passofundo 400mgm 30
TOMAR 1CP POR DIA
Gardenal 200mg asdf
adfasdf

30/10/1986

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

asdf
asdf, asdf
asdf
sdf

asdf
asdf

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: MARCELO FREIXO
Endereço: Rua Professora Rica, 28

VIA RETAL:
passofundo 400mgm 30
TOMAR 1CP POR DIA
Gardenal 200mg asdf
adfasdf

29/11/1986

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

asdf
asdf, asdf
asdf
sdf

asdf
asdf

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: MARCELO FREIXO
Endereço: Rua Professora Rica, 28

VIA RETAL:
passofundo 400mgm 30
TOMAR 1CP POR DIA
Gardenal 200mg asdf
adfasdf

29/11/1986

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

asdf
asdf, asdf
asdf
sdf

asdf
asdf

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: MARCELO FREIXO
Endereço: Rua Professora Rica, 28

VIA RETAL:
passofundo 400mgm 30
TOMAR 1CP POR DIA
Gardenal 200mg asdf
adfasdf

29/12/1986

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

asdf
asdf, asdf
asdf
asdf

asdf
asdf

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: MARCELO FREIXO
Endereço: Rua Professora Rica, 28

VIA RETAL:
passofundo 400mgm 30
TOMAR 1CP POR DIA
Gardenal 200mg asdf
adfasdf

29/12/1986

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

asdf, asdf
asdf
asdf

asdf
asdf