

## 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* robervalino			5- Peso do paciente* 79 kg			
4- Nome da Mãe do Paciente* 980			6- Altura do paciente* 9807 cm			
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês		
		1	79	908	908	908
		2				
		3				
		4				
9- CID-10* 70		10- Diagnóstico 987				
11- Anamnese* 907						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*						
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____ <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>						
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: robervalino  
Endereço: 087

987  
79  
9087  
908

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: robervalino  
Endereço: 087

987  
79  
9087  
908

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: robervalino  
Endereço: 087

987

79

9087

908

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: robervalino  
Endereço: 087

987

79

9087

908

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: robervalino  
Endereço: 087

987799087

908

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  
sdf

asdf  
asdf

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: robervalino  
Endereço: 087

987799087

908

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  
sdf

asdf  
asdf