

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* 46		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 54	
3- Nome completo do Paciente* 465		5- Peso do paciente* 654 kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* 564		6- Altura do paciente* 4 cm	
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*	
		1º mês	2º mês
1	465	456	46
2			
3			
4			
5			
9- CID-10* 5646		10- Diagnóstico 54	
11- Anamnese* 56			
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*			
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: <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			
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* 2019-10-20	

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 65456465423654564456456654			
22- Correio eletrônico do paciente			

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 465
Endereço:

465
654

456

2019-10-20

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

54

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 465
Endereço:

465
654

456

2019-10-20

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

54

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 465

Endereço:

465

46

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

54

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 465

Endereço:

465

46

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

54

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 465
Endereço:

54

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

54

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 465
Endereço:

54

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

54