

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* 654		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 65		
3- Nome completo do Paciente* 564			5- Peso do paciente* 465 kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* 56			6- Altura do paciente* 564 cm	

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	54	654	654	65
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* 465	10- Diagnóstico 465
--------------------------	-------------------------------

11- Anamnese*
46

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*
☒ SIM. Relatar: **456**
☐ 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 **564**

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* Lucas Amorim Vieira de Barros		17- Assinatura e carimbo do médico*
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585	16- Data da solicitação* 30/10/2019	

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* <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		20- Telefone(s) para contato do paciente _____ _____
21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 654		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
22- Correio eletrônico do paciente _____		

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 564
Endereço:

54 654
465

30/10/2019

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

65
46string
564 54
654 564

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 564
Endereço:

54 654
465

30/10/2019

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

65
46string
564 54
654 564

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 564
Endereço:

54 654

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

29/11/2019

65
46string
564
654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 564
Endereço:

54 654

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

29/11/2019

65
46string
564
654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 564
Endereço:

54 65

29/12/2019

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

65

46string

564 54

654 564

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 564
Endereço:

54 65

29/12/2019

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

46string

564 54

654 564