



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*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante					
645		546					
3- Nome completo do Paciente*		5-Peso do paciente*					
asdf		70 kg					
4- Nome da Mãe do Paciente*		6-Altura do paciente*					
564		654 cm					
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	clobazam 10 mg (comprimido)	asdf	asdf	asdf	asdf	asdf	asdf
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
G40.0		Epilepsia e Síndromes Epilépticas Idiopáticas Definidas Por Sua Localização (focal) (parcial) Com Crises de Início Focal					
11- Anamnese*							
asdf							
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*							
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar:							
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							
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*							
17/07/2025							
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante							
<input type="checkbox"/> 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							
22- Correio eletrônico do paciente							
23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*							

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdf  
Endereço: asdf

asdf  
clobazam 10 mg (comprimido)  
asdf

asdf

17/07/2025

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

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465  
654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdf  
Endereço: asdf

asdf  
clobazam 10 mg (comprimido)  
asdf

asdf

17/07/2025

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

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465  
654654

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdf  
Endereço: asdf

asdf  
clobazam 10 mg (comprimido)  
asdf

asdf

16/08/2025

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

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdf  
Endereço: asdf

asdf  
clobazam 10 mg (comprimido)  
asdf

asdf

16/08/2025

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

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdf  
Endereço: asdf

asdf  
clobazam 10 mg (comprimido)  
asdf

asdf

15/09/2025

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

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465  
654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdf  
Endereço: asdf

asdf  
clobazam 10 mg (comprimido)  
asdf

asdf

15/09/2025

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

654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465  
654654

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdf  
Endereço: asdf

asdf  
clobazam 10 mg (comprimido)  
asdf

15/10/2025

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

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdf  
Endereço: asdf

asdf  
clobazam 10 mg (comprimido)  
asdf

15/10/2025

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

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdf  
Endereço: asdf

asdf  
clobazam 10 mg (comprimido)  
asdf

14/11/2025

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

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465  
654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdf  
Endereço: asdf

asdf  
clobazam 10 mg (comprimido)  
asdf

14/11/2025

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

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465  
654654

**Receita de Controle Especial**  
*1ª Via – Retenção da Farmácia*

**Nome:** asdf  
**Endereço:** asdf

asdf  
clobazam 10 mg (comprimido)  
asdf

14/12/2025

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

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465  
654654

**Receita de Controle Especial**  
*2ª Via – Orientação do paciente*

**Nome:** asdf  
**Endereço:** asdf

asdf  
clobazam 10 mg (comprimido)  
asdf

14/12/2025

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

654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465  
654654

## Termo de Consentimento Informado

### Lamotrigina, Vigabatrina, Gabapentina e Topiramato

Eu, asdf (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso dos medicamentos **lamotrigina, vigabatrina, gabapentina e topiramato** para o tratamento da **epilepsia refratária**.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico Lucas Amorim Vieira de Barros (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado(a) de que o medicamento pode trazer os seguintes benefícios:

- diminuição dos eventos convulsivos;
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito dos potenciais efeitos adversos, contra-indicações e riscos.

- medicamentos classificados na gestação como:
  - categoria **C** (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos): **lamotrigina, gabapentina, topiramato**;
  - categoria **D** (há evidências de riscos ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos): **vigabatrina**.
- medicamentos contra-indicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos componentes da fórmula;
- efeitos adversos podem ocorrer, de acordo com os diferentes medicamentos:
  - ☐ **Lamotrigina**: podem ocorrer reações alérgicas, com aparecimentos de lesões de pele potencialmente graves, incluindo a síndrome de Stevens-Johnson, estando relacionada com aumento de dose abrupta. Outros efeitos adversos incluem: Hematológicos: diminuição das células brancas, vermelhas (anemia) e plaquetas do sangue. Gastrointestinais: constipação ou diarreia, secura na boca, indigestão, náuseas, vômitos, dor abdominal, esofagite, pancreatite. Neurológicos: tontura, sonolência, dor de cabeça, irritabilidade, depressão, descoordenação, tremores, amnésia. Diversos: perda de peso, visão turva ou dupla, alterações no ciclo menstrual, febre.
  - ☐ **Vigabatrina**: principais efeitos adversos: **Hematológicos**: diminuição das células vermelhas do sangue. **Gastrointestinais**: constipação, secura na boca, náuseas, vômitos, dor de estômago. **Neurológicos**: tontura, dor de cabeça, depressão, confusão, nervosismo, dificuldade de concentração, sonolência, cansaço. **Diversos**: ganho de peso, crescimento da gengivas, visão dupla, reações alérgicas de pele.
  - ☐ **Gabapentina**: principais efeitos adversos: **Hematológicos**: diminuição das células brancas do sangue. **Gastrointestinais**: constipação, secura na boca, náuseas, vômitos. **Neurológicos**: tontura, sonolência, cansaço, depressão, confusão, nervosismo, descoordenação, amnésia. **Diversos**: ganho de peso, visão turva ou dupla, coceira na pele, rinite, bronquite, faringite, tosse e infecções respiratórias, edema periférico, febre.
  - ☐ **Topiramato**: principais efeitos adversos: **Gastrointestinais**: náuseas, dores abdominais. **Neurológicos**: tonturas, sonolência, cansaço, dificuldade de concentração ou atenção, nervosismo, irritabilidade, agressão, agitação, dificuldade de expressão verbal, confusão, depressão. **Diversos**: edema, diminuição da audição,



problemas para urinar, sangue na urina, febre, perda de apetite, coceiras, diminuição do apetite sexual ou impotência, alterações no ciclo menstrual, conjuntivite.

- risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos.

Em caso de aparecimento de algum sintoma que indique uma reação adversa devo comunicar-se com seu médico ou com o farmacêutico.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

O meu tratamento constará dos seguintes medicamentos:

- ☐ Lamotrigina
- ☐ Vigabatrina
- ☐ Gabapentina
- ☐ Topiramato

Paciente: asdf		
Documento de identidade		
Sexo: Masculino	Idade:	
Endereço asdf		
Cidade:	CEP	Telefone:
Responsável legal (quando for o caso):		
Documento de identidade do responsável legal		
<div style="text-align: center;">           _____            Assinatura do paciente ou do responsável legal         </div>		

Médico responsável: Lucas Amorim Vieira de Barros	CRM:	UF:
Endereço 654654, 6564		
Cidade:	CEP	Telefone (65) 4654.654
<div style="text-align: center;">           _____            Assinatura e carimbo do médico         </div>		<div style="text-align: center;">           17/07/2025            _____            Data         </div>

Observações:

1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.
2. Este Termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e a outra será entregue ao paciente.

