

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* 165		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 16	
3- Nome completo do Paciente* 896165		5- Peso do paciente* 1 kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* 16		6- Altura do paciente* 165 cm	

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	65	165	165	1
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* 51	10- Diagnóstico 5615
-------------------------	--------------------------------

11- Anamnese*
61

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

65
Nome do responsável

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* <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 649641321684		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____ _____
22- Correio eletrônico do paciente _____		

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 896165

Endereço:

65 165

5616

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>

16

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 896165

Endereço:

65 165

5616

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>

16

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 896165

Endereço:

65 165

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

16

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 896165

Endereço:

65 165

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

16

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 896165

Endereço:

65 1

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

16

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 896165

Endereço:

65 1

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

16