

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* <input type="text"/> | | 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <input type="text"/> | |
| 3- Nome completo do Paciente* <input type="text"/> | | 5- Peso do paciente* <input type="text"/> kg | |
| 4- Nome da Mãe do Paciente* <input type="text"/> | | 6- Altura do paciente* <input type="text"/> cm | |

| 1 | 7- Medicamento(s)* | 8- Quantidade solicitada* | | |
|----|--------------------|---------------------------|--------|--------|
| | | 1º mês | 2º mês | 3º mês |
| 54 | | 564 | 654 | 654 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

| | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 9- CID-10* <input type="text"/> | 10- Diagnóstico <input type="text"/> |
| 56 | 456 |

11- Anamnese*

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

| | |
|--|--|
| 14- Nome do médico solicitante* <input type="text"/> | 17- Assinatura e carimbo do médico* <input type="text"/> |
| Lucas Amorim Vieira de Barros | |

| | |
|--|---|
| 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <input type="text"/> | 16- Data da solicitação* <input type="text"/> |
| 980016293604585 | 20/10/2019 |

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

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 54
Endereço:

54
65
564

20/10/2019

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 54
Endereço:

54
65
564

20/10/2019

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

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 54
Endereço:

654

19/11/2019

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 54
Endereço:

654

19/11/2019

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

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 54
Endereço:

654

19/12/2019

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 54
Endereço:

654

19/12/2019

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