

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* 6823663		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Clínica Heleníssima				
3- Nome completo do Paciente* Homero 2 Junior Felicio Capitão Campeão				5- Peso do paciente* 120 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* Carlinda de Jesus				6- Altura do paciente* 180 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês		
		1	Lamotrigina 100mg	60	90	140
		2				
		3				
		4				
9- CID-10* G40.0		10- Diagnóstico Epilepsia com hemorróidas trombosadas				
11- Anamnese* Dor anal e crises generalizadas.						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*						
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Usou remédio de louco: Gardenal.						
13- Atestado de capacidade*						
<p>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?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento <div style="text-align: right;">Cabrito de Jesus Nome do responsável</div>						
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* 2020-10-30				
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input 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*		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 <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 21212121245612121212323		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*				
22- Correio eletrônico do paciente						

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Homero 2 Junior Felício Capitão Campeão

Endereço:

Lamotrigina 100mg

60

1cp 12/12 horas.

2020-10-30

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

Clinica Heleníssima

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Homero 2 Junior Felício Capitão Campeão

Endereço:

Lamotrigina 100mg

60

1cp 12/12 horas.

2020-10-30

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

Clinica Heleníssima

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Homero 2 Junior Felício Capitão Campeão

Endereço:

Lamotrigina 100mg 90

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

Clinica Heleníssima

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Homero 2 Junior Felício Capitão Campeão

Endereço:

Lamotrigina 100mg 90

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

Clinica Heleníssima

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Homero 2 Junior Felício Capitão Campeão
Endereço:

Lamotrigina 100mg 140

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

Clinica Heleníssima

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Homero 2 Junior Felício Capitão Campeão
Endereço:

Lamotrigina 100mg 140

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

Clinica Heleníssima