



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* 645 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 546

3- Nome completo do Paciente* asdfasd 5-Peso do paciente* 654 kg

4- Nome da Mãe do Paciente* 654 6-Altura do paciente* 654 cm

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	fosfato de codeína 3 mg/mL (solução oral (frasco com 120	adsf	adsf	adsf	adsf	adsf	adsf
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* R52.2 10- Diagnóstico Outra Dor Crônica

11- Anamnese* asdf

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* ☒ NÃO ☐ 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?
☒ NÃO ☐ 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* 16/07/2025

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* ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: ☐ Parda ☐ Sem informação 20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente ☐ CPF ou ☐ CNS 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

22- Correio eletrônico do paciente

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
fosfato de codeína 3 mg/mL (solução oral (frasco com 120 mL)) adsf
adf

16/07/2025

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: asdfasd
Endereço: 654

asdf
fosfato de codeína 3 mg/mL (solução oral (frasco com 120 mL)) adsf
adf

16/07/2025

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
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
fosfato de codeína 3 mg/mL (solução oral (frasco com 120 mL)) adsf
adf

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

15/08/2025

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
fosfato de codeína 3 mg/mL (solução oral (frasco com 120 mL)) adsf
adf

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

15/08/2025

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
fosfato de codeína 3 mg/mL (solução oral (frasco com 120 mL)) adsf
adf

14/09/2025

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 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
fosfato de codeína 3 mg/mL (solução oral (frasco com 120 mL)) adsf
adf

14/09/2025

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

654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
fosfato de codeína 3 mg/mL (solução oral (frasco com 120 mL)) adsf
adf

14/10/2025

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 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
fosfato de codeína 3 mg/mL (solução oral (frasco com 120 mL)) adsf
adf

14/10/2025

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 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
fosfato de codeína 3 mg/mL (solução oral (frasco com 120 mL)) adsf
adf

13/11/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465
654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
fosfato de codeína 3 mg/mL (solução oral (frasco com 120 mL)) adsf
adf

13/11/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465
654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
fosfato de codeína 3 mg/mL (solução oral (frasco com 120 mL)) adsf
adf

13/12/2025

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: asdfasd
Endereço: 654

asdf
fosfato de codeína 3 mg/mL (solução oral (frasco com 120 mL)) adsf
adf

13/12/2025

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

ESCALA DE DOR LANNS
(ADAPTADA AO PORTUGUÊS DO BRASIL POR SCHESTATSKY ET AL., 2011) (6)

Nome: asdfasd

Data: 16/07/2025

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudá-lo na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

A. QUESTIONÁRIO DE DOR

- Pense na dor que você vem sentindo na última semana.
- Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor. Responda apenas SIM ou NÃO.

1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como “agulhadas”, “choques elétricos” e “formigamento” são as que melhor descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se parece com isso.....[0]

b) SIM – Eu tenho este tipo de sensação com frequência.....[5]

2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como “manchada” ou “avermelhada ou rosada” descrevem a aparência da sua pele.

a) NÃO – Minha dor não afeta a cor da minha pele.....[0]

b) SIM – Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor.[5]

3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? [A ocorrência de] Sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.-

a) NÃO – Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível.....[0]

b) SIM – Minha pele é mais sensível ao toque nesta área.....[3]

4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como “choques elétricos”, “dor em pontada” ou “dor explosiva” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se comporta desta forma[0]

b) SIM – Eu tenho estas sensações com muita frequência.....[2]

5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como “calor” e “queimação” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Eu não tenho este tipo de sensação.....[0]

b) SIM – Eu tenho estas sensações com frequência.....[1]

B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico)

A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contra-lateral ou nas áreas adjacentes não doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).

6) ALODINIA

Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo “picada” ou “latejante”) forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

a) NÃO – Sensação normal em ambas as áreas.....[0]

b) SIM – Alodinia somente na área dolorida.....[5]

7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA

a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 (cor azul) conectada a uma seringa de 2 ml – sem a parte interna – suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas.

b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, “nenhuma sensação” ou “somente sensação de toque” (LSA aumentado) ou “dor muito intensa” (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.

c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

a) NÃO – Sensação igual em ambas as áreas.....[0]

b) SIM – Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido.....[3]

ESCORE:

Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um escore global.

ESCORE TOTAL (máximo 24)

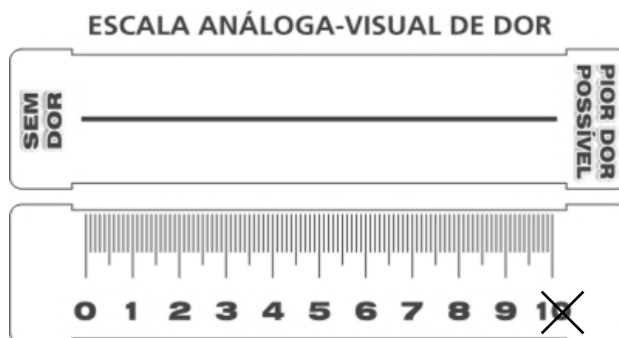
Se o escore for inferior a 12, [são improváveis de] estejam contribuindo para a dor do paciente.

Se o escore for igual ou superior a 12, provavelmente mecanismos neuropáticos estejam contribuindo para a dor do paciente.

Assinatura e carimbo do médico

Data: 16/07/2025

Escala EVA



Assinatura e carimbo do médico

Data: 16/07/2025