

## 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* <b>65</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>465</b>		
3- Nome completo do Paciente* <b>41165165</b>				5- Peso do paciente* <b>56456</b> kg
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>654</b>				6- Altura do paciente* <b>564</b> cm
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
		<b>56</b>	<b>4</b>	<b>2196</b>
9- CID-10* <b>46</b>		10- Diagnóstico <b>54</b>		
11- Anamnese* <b>654</b>				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* <b>561</b> <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento <b>54</b> <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>				
14- Nome do médico solicitante* <b>Lucas</b>		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <b>234234234</b>		16- Data da solicitação* <b>2001-10-20</b>		

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 <b>4561231968498</b>		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
22- Correio eletrônico do paciente _____		

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

**Nome:** 41165165  
**Endereço:**  
  
564  
854  
  
56

2001-10-20

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

465

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

**Nome:** 41165165  
**Endereço:**  
  
564  
854  
  
56

2001-10-20

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

465

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

**Nome:** 41165165

**Endereço:**

564 4

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

465

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

**Nome:** 41165165

**Endereço:**

564 4

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

465

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

**Nome:** 41165165

**Endereço:**

564 2196

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

465

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

**Nome:** 41165165

**Endereço:**

564 2196

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

465