

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* _____		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante _____			
3- Nome completo do Paciente* Paciente duplicado e updato do messias		5- Peso do paciente* 465 kg			
4- Nome da Mãe do Paciente* 6+5		6- Altura do paciente* 54 cm			
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*			
		1º mês	2º mês	3º mês	
		1	56	156	1
		2			
		3			
		4			
9- CID-10* 643		10- Diagnóstico 41			
11- Anamnese* 561					
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*					
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: 561 <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 4 <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>					
14- Nome do médico solicitante* J Messias		17- Assinatura e carimbo do médico*			
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980045682546585		16- Data da solicitação* 30/10/2019			
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input checked="" 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		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*			
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 33377415840					
22- Correio eletrônico do paciente					

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Paciente duplicado e updato do messias

Endereço:

561 56
561

30/10/2019

<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: Paciente duplicado e updato do messias

Endereço:

561 56
561

30/10/2019

<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: Paciente duplicado e updato do messias

Endereço:

561 156

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

29/11/2019

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Paciente duplicado e updato do messias

Endereço:

561 156

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

29/11/2019

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Paciente duplicado e updato do messias

Endereço:

561 1

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

29/12/2019

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Paciente duplicado e updato do messias

Endereço:

561 1

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

29/12/2019