

## 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>682396</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>Água Santa Heleníssima</b>				
3- Nome completo do Paciente* <b>Luiz Nogueira</b>			5- Peso do paciente* <b>80</b> kg			
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>Luuiza Nogueira</b>			6- Altura do paciente* <b>180</b> cm			
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês		
		1	Levetiracetam 250mg	120	120	120
		2				
		3				
		4				
9- CID-10* <b>Z76.3</b>		10- Diagnóstico <b>Epilepsia com hemorroidas trombosadas</b>				
11- Anamnese* <b>Crises generalizadas sem fatores desencadeantes. Risco de recorrência superior a 40%.</b>						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*						
<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>Aparício Nogueira</b> <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>						
14- Nome do médico solicitante* <b>Lucas A V Barros</b>			17- Assinatura e carimbo do médico*			
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <b>980016293604585</b>		16- Data da solicitação* <b>10/10/2020</b>				
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 <b>33377415840</b>			23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*			
22- Correio eletrônico do paciente						

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

**Nome:** Luiz Nogueira  
**Endereço:**

Levetiracetam 250mg  
2cp 12/12 horas.

120

10/10/2020

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707

São Bernardo do Campo

06709-135

Jardim Três Marias

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

**Nome:** Luiz Nogueira  
**Endereço:**

Levetiracetam 250mg  
2cp 12/12 horas.

120

10/10/2020

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707

São Bernardo do Campo

06709-135

Jardim Três Marias

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

**Nome:** Luiz Nogueira  
**Endereço:**  
  
Levetiracetam 250mg 120

09/11/2020

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

Água Santa Heleníssima  
Rua das Araucárias  
5511992212707 São Bernardo do Campo  
06709-135 Jardim Três Marias

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

**Nome:** Luiz Nogueira  
**Endereço:**  
  
Levetiracetam 250mg 120

09/11/2020

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

Água Santa Heleníssima  
Rua das Araucárias  
5511992212707 São Bernardo do Campo  
06709-135 Jardim Três Marias

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

**Nome:** Luiz Nogueira  
**Endereço:**  
  
Levetiracetam 250mg 120

09/12/2020

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

Água Santa Heleníssima  
Rua das Araucárias  
5511992212707 São Bernardo do Campo  
06709-135 Jardim Três Marias

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

**Nome:** Luiz Nogueira  
**Endereço:**  
  
Levetiracetam 250mg 120

09/12/2020

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

Água Santa Heleníssima  
Rua das Araucárias  
5511992212707 São Bernardo do Campo  
06709-135 Jardim Três Marias