

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* 23423		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante KJLKÇ	
3- Nome completo do Paciente* Paciente único		5- Peso do paciente* 98 kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* 098		6- Altura do paciente* 98 cm	
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*	
		1º mês	2º mês
		3º mês	
1	8	wer	wer
2			
3			
4			
5			
9- CID-10* P1		10- Diagnóstico 098	
11- Anamnese* 098			
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: fdsdfsdf <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 checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>			
14- Nome do médico solicitante* Antonio Matias		17- Assinatura e carimbo do médico*	
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 234234		16- Data da solicitação* 30/10/1986	
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input checked="" type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____			
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* <input checked="" 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 234234 23423	
21- Número do documento do paciente <input checked="" type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 1234203892908		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
22- Correio eletrônico do paciente 4234234@gmail.com			

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Paciente único
Endereço: 098

098
8
098wer

30/10/1986

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

KULKÇ
JLKJ, 234
234 JL
234 KJ

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Paciente único
Endereço: 098

098
8
098wer

30/10/1986

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

KULKÇ
JLKJ, 234
234 JL
234 KJ

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Paciente único
Endereço: 098

098
8
098wer

29/11/1986

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

KULKÇ
JLKJ, 234
234 JL
234 KJ

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Paciente único
Endereço: 098

098
8
098wer

29/11/1986

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

KULKÇ
JLKJ, 234
234 JL
234 KJ

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Paciente único
Endereço: 098

098
8
098wer

29/12/1986

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

KULKÇ
JLKJ, 234
234 JL
234 KJ

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Paciente único
Endereço: 098

098
8
098wer

29/12/1986

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

JLKJ, 234
234 JL
234 KJ