

## 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 KJLKQ		
3- Nome completo do Paciente* Novo paciente de teste				5- Peso do paciente* 0 kg
4- Nome da Mãe do Paciente* 0				6- Altura do paciente* 0 cm
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	0	0	0	0
2				
3				
4				
5				
9- CID-10* P2		10- Diagnóstico 0		
11- Anamnese* 0				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input checked="" 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				
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\*: ☒ 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*		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 _____ 22- Correio eletrônico do paciente _____		

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Novo paciente de teste

Endereço: 0

0  
0  
0

0

30/10/1986

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor
Nome:	Órgão Emissor:	
Identidade:		
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: Novo paciente de teste

Endereço: 0

0  
0  
0

0

30/10/1986

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor
Nome:	Órgão Emissor:	
Identidade:		
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: Novo paciente de teste

Endereço: 0

0  
0  
0

0

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: Novo paciente de teste

Endereço: 0

0  
0  
0

0

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: Novo paciente de teste

Endereço: 0

0  
0  
0

0

29/12/1986

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

KJLKÇ

JLKJ, 234

234 JL

234 KJ

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Novo paciente de teste

Endereço: 0

0  
0  
0

0

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