

## 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* <input type="text"/>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <input type="text"/>	
3- Nome completo do Paciente* <input type="text"/>		5- Peso do paciente* <input type="text" value="4968"/> kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* <input type="text" value="415646548596"/>		6- Altura do paciente* <input type="text" value="10"/> cm	

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	J	KL;	L;J	LK
2	L;KJ	JLK	JL	K;J
3	L;K	KL;	LK	JLK
4	JL;K	J	L;K	LK;
5	J	KL;	JL;	JKL

9- CID-10\* 
 10- Diagnóstico

11- Anamnese\*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*   
☐ SIM. Relatar:   
☐ 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?

☐ NÃO    ☒ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante\*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*

16- Data da solicitação\*

17- Assinatura e carimbo do médico\*

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\*   
☐ Branca    ☐ Amarela   
☐ Preta    ☐ Indígena. Informar Etnia:    
☐ Parda    ☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente   
☐ CPF ou ☐ CNS

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

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

**Nome:**  
**Endereço:**

J KL;

L;KJ JLK

L;K KL;

JL;K J

J KL;

10/10/2019

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

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

**Nome:**  
**Endereço:**

J KL;

L;KJ JLK

L;K KL;

JL;K J

J KL;

10/10/2019

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

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

**Nome:**  
**Endereço:**

J L;J

L;KJ JL

L;K LK

JL;K L;K

J JL;

09/11/2019

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

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

**Nome:**  
**Endereço:**

J L;J

L;KJ JL

L;K LK

JL;K L;K

J JL;

09/11/2019

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

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

**Nome:**  
**Endereço:**

J LK  
L;KJ K;J  
L;K JLK  
JL;K LK;  
J JKL

09/12/2019

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

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

**Nome:**  
**Endereço:**

J LK  
L;KJ K;J  
L;K JLK  
JL;K LK;  
J JKL

09/12/2019

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