

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* Amadeus		5- Peso do paciente* 80 kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* Amadeis		6- Altura do paciente* 80 cm	

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	123	1	3213	21
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* 80	10- Diagnóstico 801
-------------------------	-------------------------------

11- Anamnese*
32

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*
☒ SIM. Relatar: **32**
☐ 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 **80**

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* Lucas Amorim Vieira de Barros	17- Assinatura e carimbo do médico*
---	---

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585	16- Data da solicitação* 20/10/2019
---	---

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* <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	20- Telefone(s) para contato do paciente
---	--

21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 33377415840	23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
--	---

22- Correio eletrônico do paciente _____

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Amadeus
Endereço:

123
32
1

20/10/2019

<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: Amadeus
Endereço:

123
32
1

20/10/2019

<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: Amadeus

Endereço:

123 3213

19/11/2019

<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: Amadeus

Endereço:

123 3213

19/11/2019

<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: Amadeus
Endereço:

123 21

19/12/2019

<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: Amadeus
Endereço:

123 21

19/12/2019

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