

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* 123		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 123				
3- Nome completo do Paciente* 456456				5- Peso do paciente* 456456 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* 456456				6- Altura do paciente* 456456 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês		
		1	231	564	1654	5641
		2				
		3				
		4				
9- CID-10* 123		10- Diagnóstico 4896				
11- Anamnese* 564						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* 456 <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 456123 <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>						
14- Nome do médico solicitante* Lucas		17- Assinatura e carimbo do médico*				
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 234234234		16- Data da solicitação* 2020-10-25				
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* <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 12454565498745664		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*				
22- Correio eletrônico do paciente						

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 456456
Endereço:

231
16

564

2020-10-25

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

123

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 456456
Endereço:

231
16

564

2020-10-25

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

123

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 456456
Endereço:

231

1654

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

123

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 456456
Endereço:

231

1654

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

123

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 456456
Endereço:

231

5641

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

123

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 456456
Endereço:

231

5641

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

123