



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde

## 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*		5- Peso do paciente* kg		6- Altura do paciente* cm
4- Nome da Mãe do Paciente*				
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1				
2				
3				
4				
5				
9- CID-10*		10- Diagnóstico		
11- Anamnese*				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input 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 type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento				
Nome do responsável				
14- Nome do médico solicitante*		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*				
16- Data da solicitação*				
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*		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:**

**Endereço:**

<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:**

**Endereço:**

<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:**

**Endereço:**

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

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

**Nome:**

**Endereço:**

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

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

**Nome:**

**Endereço:**

<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:**

**Endereço:**

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