

## 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* <b>46</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>54</b>	
3- Nome completo do Paciente* <b>465</b>		5- Peso do paciente* <b>654</b> kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>564</b>		6- Altura do paciente* <b>4</b> cm	

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	465	456	46	54
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* <b>5646</b>	10- Diagnóstico <b>54</b>
---------------------------	------------------------------

11- Anamnese\*  
**56**

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

**465**  
Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* <b>Lucas</b>	17- Assinatura e carimbo do médico*
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <b>234234234</b>	
16- Data da solicitação* <b>20/10/2019</b>	

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 <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <b>445623645654456456ssdf56asdf4456564456</b>		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
22- Correio eletrônico do paciente		

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

**Nome:** 465  
**Endereço:**

465  
654

456

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>

54

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

**Nome:** 465  
**Endereço:**

465  
654

456

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>

54

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

**Nome:** 465  
**Endereço:**  
  
465  
  
46

19/11/2019

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

54

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

**Nome:** 465  
**Endereço:**  
  
465  
  
46

19/11/2019

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

54

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

Nome: 465

Endereço:

465

54

19/12/2019

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

54

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

Nome: 465

Endereço:

465

54

19/12/2019

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

54