

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* 682396		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Água Santa Heleníssima		
3- Nome completo do Paciente* Luiz Nogueira		5- Peso do paciente* 80 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* Luuiza Nogueira		6- Altura do paciente* 180 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	Levetiracetam 250mg	120	120	120
2				
3				
4				
5				
9- CID-10* Z76.3		10- Diagnóstico Epilepsia com hemorróidas trombosadas		
11- Anamnese* Crises generalizadas sem fatores desencadeantes. Risco de recorrência superior a 40%.				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<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 <div style="text-align: right;">Aparício Nogueira Nome do responsável</div>				
14- Nome do médico solicitante* Lucas A V Barros		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585		16- Data da solicitação* 10/10/2041		

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"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Sem informação	21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 33377415840		
22- Correio eletrônico do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Luiz Nogueira
Endereço:

Levetiracetam 250mg
2cp 12/12 horas. 120

10/10/2041

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

06709-135 Jardim Três Marias

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Luiz Nogueira
Endereço:

Levetiracetam 250mg
2cp 12/12 horas. 120

10/10/2041

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

06709-135 Jardim Três Marias

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Luiz Nogueira
Endereço:

Levetiracetam 250mg 120

09/11/2041

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

Água Santa Heleníssima
Rua das Araucárias
5511992212707 São Bernardo do Campo
06709-135 Jardim Três Marias

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Luiz Nogueira
Endereço:

Levetiracetam 250mg 120

09/11/2041

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

Água Santa Heleníssima
Rua das Araucárias
5511992212707 São Bernardo do Campo
06709-135 Jardim Três Marias

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Luiz Nogueira
Endereço:

Levetiracetam 250mg 120

09/12/2041

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

Água Santa Heleníssima
Rua das Araucárias
551 1992212707 São Bernardo do Campo
06709-135 Jardim Três Marias

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Luiz Nogueira
Endereço:

Levetiracetam 250mg 120

09/12/2041

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

Água Santa Heleníssima
Rua das Araucárias
551 1992212707 São Bernardo do Campo
06709-135 Jardim Três Marias