

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* asdf		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante asdf			
3- Nome completo do Paciente* 987				5- Peso do paciente* 79 kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* 980				6- Altura do paciente* 9807 cm	
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*			
		1º mês	2º mês	3º mês	
		1	79	908	908
		2			
		3			
		4			
9- CID-10* 70		10- Diagnóstico 987			
11- Anamnese* 907					
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*					
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>					
14- Nome do médico solicitante* asdfsdf		17- Assinatura e carimbo do médico*			
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* asdf		16- Data da solicitação* 30/10/1986			

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		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: 987
Endereço: 087

987
79
9087

908

30/10/1986

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

asdf
asdf, asdf
asdf
sdf

asdf
asdf

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 987
Endereço: 087

987
79
9087

908

30/10/1986

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

asdf
asdf, asdf
asdf
sdf

asdf
asdf

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 987
Endereço: 087

987
79
9087
908

29/11/1986

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

asdf
asdf, asdf
asdf
sdf

asdf
asdf

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 987
Endereço: 087

987
79
9087
908

29/11/1986

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

asdf
asdf, asdf
asdf
sdf

asdf
asdf

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 987
Endereço: 087

987
79
9087
908

29/12/1986

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

asdf
asdf, asdf
asdf
asdf

asdf
asdf

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 987
Endereço: 087

987
79
9087
908

29/12/1986

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

asdf, asdf
asdf
asdf

asdf
asdf