

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* 23423		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante KJLKÇ		
3- Nome completo do Paciente* Novo paciente de teste				5- Peso do paciente* 0 kg
4- Nome da Mãe do Paciente* 0				6- Altura do paciente* 0 cm
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
		0	0	0
9- CID-10* P1		10- Diagnóstico 0		
11- Anamnese* 0				
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* Antonio Matias		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 234234		16- Data da solicitação* 20/10/2019		
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR* : <input checked="" 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: Novo paciente de teste

Endereço: 0

0
0
0

0

20/10/2019

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

KULKÇ

JLKJ, 234

234 JL

234 KJ

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Novo paciente de teste

Endereço: 0

0
0
0

0

20/10/2019

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

KULKÇ

JLKJ, 234

234 JL

234 KJ

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da farmácia

Nome: Novo paciente de teste

Endereço: 0

0
0
0

0

19/11/2019

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

KJLKÇ

JLKJ, 234

234 JL

234 KJ

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Novo paciente de teste

Endereço: 0

0
0
0

0

19/11/2019

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

KJLKÇ

JLKJ, 234

234 JL

234 KJ

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Novo paciente de teste

Endereço: 0

0
0
0

0

19/12/2019

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

KJLKÇ

JLKJ, 234

234 JL

234 KJ

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Novo paciente de teste

Endereço: 0

0
0
0

0

19/12/2019

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

JLKJ, 234

234 JL

234 KJ