

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* 85644156		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 6546541156				
3- Nome completo do Paciente* Priscila "Rata" Marques "Capitã" da Silva				5- Peso do paciente* 50 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* Mãe Rata				6- Altura do paciente* 160 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês		
		1	Diuretic	456	456	456
		2				
		3				
		4				
9- CID-10* 456		10- Diagnóstico Epilepsia com hemorróidas trombosadas				
11- Anamnese* 456						
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;">Mãe Rata Nome do responsável</div>						
14- Nome do médico solicitante* Aberdval 2		17- Assinatura e carimbo do médico*				
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 234234		16- Data da solicitação* 30/11/2019				

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 65465456654456		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
22- Correio eletrônico do paciente		

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Priscila "Rata" Marques "Capitã" da Silva
Endereço:

Diuretic 456

Enficar via retal 10 vezes ao dia

30/11/2019

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

6546541156

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Priscila "Rata" Marques "Capitã" da Silva
Endereço:

Diuretic 456

Enficar via retal 10 vezes ao dia

30/11/2019

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

6546541156

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Priscila "Rata" Marques "Capitã" da Silva

Endereço:

Diuretic 456

30/12/2019

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

6546541156

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Priscila "Rata" Marques "Capitã" da Silva

Endereço:

Diuretic 456

30/12/2019

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

6546541156

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Priscila "Rata" Marques "Capitã" da Silva

Endereço:

Diuretic 456

29/01/2020

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

6546541156

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Priscila "Rata" Marques "Capitã" da Silva

Endereço:

Diuretic 456

29/01/2020

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

6546541156