

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* 46		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 54	
3- Nome completo do Paciente* 465		5- Peso do paciente* 654 kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* 564		6- Altura do paciente* 4 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* 5646	10- Diagnóstico 54
---------------------------	------------------------------

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* Lucas	17- Assinatura e carimbo do médico*
---	-------------------------------------

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 234234234	16- Data da solicitação* 20/10/2019
---	---

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* <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	20- Telefone(s) para contato do paciente
---	--

21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 5445623645654456456ssdf56asdf445645665	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:	
Cidade:	UF:
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:	
Cidade:	UF:
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

<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 54

19/12/2019

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

54