

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* <input type="text" value="231"/> | | 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <input type="text" value="SHAM"/> | | | |
| 3- Nome completo do Paciente* <input type="text" value="231"/> | | 5-Peso do paciente* <input type="text" value="32"/> kg | | | |
| 4- Nome da Mãe do Paciente* <input type="text" value="321"/> | | 6-Altura do paciente* <input type="text" value="231"/> cm | | | |
| 7- Medicamento(s)* | | 8- Quantidade solicitada* | | | |
| | | 1º mês | 2º mês | 3º mês | |
| | | 1 | 23 | 132 | 132 |
| | | 2 | | | |
| | | 3 | | | |
| | | 4 | | | |
| 9- CID-10* <input type="text" value="321"/> | | 10- Diagnóstico <input type="text" value="231"/> | | | |
| 11- Anamnese* <input type="text" value="231"/> | | | | | |
| 12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input type="text" value="2313"/> <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | |
| <p>13- Atestado de capacidade*</p> <p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento <input type="text" value="132"/></p> <p style="text-align: right;">Nome do responsável</p> | | | | | |
| 14- Nome do médico solicitante* <input type="text" value="Lucas Amorim Vieira de Barros"/> | | 17- Assinatura e carimbo do médico* | | | |
| 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <input type="text" value="980016293604585"/> | | 16- Data da solicitação* <input type="text" value="30/10/2019"/> | | | |
| <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____</p> | | | | | |
| 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 | | <input type="text" value="231"/> <input type="text" value="231"/> | | | |
| 21- Número do documento do paciente <input type="text" value="123123123"/> | | 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* | | | |
| 22- Correio eletrônico do paciente <input type="text"/> | | <input type="text" value="123123123"/> <input type="text" value="123123123"/> | | | |

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 231
Endereço:

231
13
23

30/10/2019

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 231
Endereço:

231
13
23

30/10/2019

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

