

## 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* <b>65</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>45</b>		
3- Nome completo do Paciente* <b>6</b>		5- Peso do paciente* <b>564</b> kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>4</b>		6- Altura do paciente* <b>5456</b> cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
		<b>546</b>	<b>546</b>	<b>546</b>
9- CID-10* <b>4</b>		10- Diagnóstico <b>654</b>		
11- Anamnese* <b>564</b>				
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* <b>Ricardo Ribeiro</b>		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <b>980456489456165</b>		16- Data da solicitação* <b>10/10/2019</b>		

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: 6

Endereço: 654

564  
46  
6  
546

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

45  
64, 564  
54  
46

56  
456

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

Nome: 6

Endereço: 654

564  
46  
6  
546

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

45  
64, 564  
54  
46

56  
456

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

Nome: 6

Endereço: 654

564  
46  
6  
546

09/11/2019

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

45  
64, 564  
54  
46

56  
456

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

Nome: 6

Endereço: 654

564  
46  
6  
546

09/11/2019

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

45  
64, 564  
54  
46

56  
456

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

Nome: 6

Endereço: 654

564  
46  
6  
546

09/12/2019

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

45  
64, 564  
54  
46

56  
456

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

Nome: 6

Endereço: 654

564  
46  
6  
546

09/12/2019

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

64, 564  
54  
46

56  
456