

## 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>23423</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>KJLKÇ</b>				
3- Nome completo do Paciente* <b>098</b>				5- Peso do paciente* <b>0</b> kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>sdafdsf</b>				6- Altura do paciente* <b>9</b> cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês		
		<b>1</b>	<b>8</b>	<b>-98</b>	<b>-98</b>	<b>-98</b>
		<b>2</b>				
		<b>3</b>				
		<b>4</b>				
9- CID-10* <b>p2</b>		10- Diagnóstico <b>8</b>				
11- Anamnese* <b>09</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>Antonio Matias</b>			17- Assinatura e carimbo do médico*			
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <b>234234</b>		16- Data da solicitação* <b>30/10/1986</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 _____		

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

**Nome:** 098

**Endereço:** 98

098  
8  
098

-98

30/10/1986

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
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:** 098

**Endereço:** 98

098  
8  
098

-98

30/10/1986

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
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: 098  
Endereço: 98

098  
8  
098  
-98

29/11/1986

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

KULKÇ  
JLKJ, 234  
234  
234  
JL  
KJ

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 098  
Endereço: 98

098  
8  
098  
-98

29/11/1986

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

KULKÇ  
JLKJ, 234  
234  
234  
JL  
KJ

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 098  
Endereço: 98

098  
8  
098  
-98

29/12/1986

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

KJLKÇ  
JLKJ, 234  
234  
234  
JL  
KJ

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 098  
Endereço: 98

098  
8  
098  
-98

29/12/1986

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

JLKJ, 234  
234  
234  
JL  
KJ