

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* 6+465		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante SHAM		
3- Nome completo do Paciente* Luiz Augusto			5- Peso do paciente* 180 kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* Romeira Augusta			6- Altura do paciente* 180 cm	

1	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	Lamotrigina 100mg	60	60	60
2				
3				
4				
5				

9- CID-10*	10- Diagnóstico
G40	Epilepsia com hemorróidas trombosadas

11- Anamnese*
Crises generalizadas sem fatores desencadeantes. Risco de recorrência superior a 40%.

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

☒ SIM. Relatar: **Homeopatia**

☐ 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

Analice Fernandes Sauro
Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* Lucas Amorim Vieira de Barros	17- Assinatura e carimbo do médico*
---	-------------------------------------

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585	16- Data da solicitação* 30/10/2019
---	---

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*	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 333.774.458-48	23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
22- Correio eletrônico do paciente	

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Luiz Augusto

Endereço:

Lamotrigina 100mg

60

Tomar 1cp de 12/12 horas.

30/10/2019

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

SHAM

41561string

21 32

2313 1

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Luiz Augusto

Endereço:

Lamotrigina 100mg

60

Tomar 1cp de 12/12 horas.

30/10/2019

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

SHAM

41561string

21 32

2313 1

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Luiz Augusto
Endereço:

Lamotrigina 100mg 60

29/11/2019

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

SHAM
41561string
21 32
2313 1

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Luiz Augusto
Endereço:

Lamotrigina 100mg 60

29/11/2019

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

SHAM
41561string
21 32
2313 1

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Luiz Augusto
Endereço:

Lamotrigina 100mg 60

29/12/2019

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

SHAM
41561string
21 32
2313 1

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Luiz Augusto
Endereço:

Lamotrigina 100mg 60

29/12/2019

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

41561string
21 32
2313 1