

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					
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 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"/>					
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"/>			
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					
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF <input type="text"/>					
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"/>			
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*			
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <input type="text" value="12312312asdfasdfs3"/>		<input type="text"/>			
22- Correio eletrônico do paciente					

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>

