

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* 564		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 654	
3- Nome completo do Paciente* 54		5- Peso do paciente* 465 kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* 465		6- Altura do paciente* 65 cm	

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	54	564	654	65
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* 65	10- Diagnóstico 456
-------------------------	-------------------------------

11- Anamnese*
46

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

☐ SIM. Relatar:

☒ 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

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* <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		20- Telefone(s) para contato do paciente _____
21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 546		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____
22- Correio eletrônico do paciente _____		

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 54
Endereço:

54 564
46

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>

654
65465
654 4
654 564

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 54
Endereço:

54 564
46

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>

654
65465
654 4
654 564

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 54
Endereço:

54 654

29/11/2019

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

654
65465
654 4
654 564

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 54
Endereço:

54 654

29/11/2019

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

654
65465
654 4
654 564

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 54

Endereço:

54

65

29/12/2019

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

654

65465

654

654

4

564

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 54

Endereço:

54

65

29/12/2019

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

65465

654

654

4

564