

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* 6823421		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Clínica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus		
3- Nome completo do Paciente* Antônio Girão				5- Peso do paciente* 100 kg
4- Nome da Mãe do Paciente* Marquesa da Silva				6- Altura do paciente* 180 cm
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	Lamotrigina 100mg	60	60	60
2	Gardenal 200mg	120	240	120
3				
4				
5				
9- CID-10* G40.0		10- Diagnóstico Epilepsia com hemorroidas 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?*				
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: Homeopatia <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 <div style="text-align: right;">Felícia dos Gatos Nome do responsável</div>				
14- Nome do médico solicitante* Jair Messias Bolsonaro		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585		16- Data da solicitação* 16/01/2019		

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		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: Antônio Girão

Endereço: Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Lamotrigina 100mg

60

Tomar 1cp 12/12 horas

Gardenal 200mg

120

Tomar 1cp de 12/12 horas

16/01/2019

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564

Cotia

067087456

Granja do bambu

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Antônio Girão

Endereço: Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Lamotrigina 100mg

60

Tomar 1cp 12/12 horas

Gardenal 200mg

120

Tomar 1cp de 12/12 horas

16/01/2019

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564

Cotia

067087456

Granja do bambu

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Antônio Girão

Endereço: Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Lamotrigina 100mg

60

Tomar 1cp 12/12 horas

Gardenal 200mg

240

Tomar 2cp de 12/12 horas

15/02/2019

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564

Cotia

067087456

Granja do bambu

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Antônio Girão

Endereço: Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Lamotrigina 100mg

60

Tomar 1cp 12/12 horas

Gardenal 200mg

240

Tomar 2cp de 12/12 horas

15/02/2019

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564

Cotia

067087456

Granja do bambu

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Antônio Girão

Endereço: Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Lamotrigina 100mg

60

Tomar 1cp 12/12 horas

Gardenal 200mg

120

Tomar 1cp de 12/12 horas

17/03/2019

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564

Cotia

067087456

Granja do bambu

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Antônio Girão

Endereço: Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Lamotrigina 100mg

60

Tomar 1cp 12/12 horas

Gardenal 200mg

120

Tomar 1cp de 12/12 horas

17/03/2019

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

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564

Cotia

067087456

Granja do bambu