



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

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* 645 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 546

3- Nome completo do Paciente* asdfasd 5-Peso do paciente* 654 kg

4- Nome da Mãe do Paciente* 654 6-Altura do paciente* 654 cm

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1		asdf	asdf	asdf	asdf	asdf	asdf
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* G30.8 10- Diagnóstico Outras Formas de Doença de Alzheimer

11- Anamnese* asdfasd

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* ☒ NÃO ☐ SIM. Relatar:

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* 16/07/2025

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*
☐ Branca ☐ Amarela
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia:
☐ Parda ☐ Sem informação
20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente
☐ CPF ou ☐ CNS
22- Correio eletrônico do paciente
23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdfasd
asdf

16/07/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:			
Endereço:		UF:	
Cidade:			
Telefone:			

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465
654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdfasd
asdf

16/07/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:			
Endereço:		UF:	
Cidade:			
Telefone:			

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465
654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdfasd
asdf

15/08/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465
654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdfasd
asdf

15/08/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465
654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdfasd
asdf

14/09/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdfasd
asdf

14/09/2025

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

654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdfasd
asdf

14/10/2025

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465
654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdfasd
asdf

14/10/2025

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465
654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdfasd
asdf

13/11/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:			
Endereço:		UF:	
Cidade:			
Telefone:			

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdfasd
asdf

13/11/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:			
Endereço:		UF:	
Cidade:			
Telefone:			

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdfasd

asdf

asdf

13/12/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdfasd

asdf

asdf

13/12/2025

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

654654, 6564
(65) 4654.654
65465
65456-465 654654

3MINI – EXAME DO ESTADO MENTAL

(Foistein, Foinsten & McHugh, 1975)

Paciente: asdfasd

Data da Avaliação: 16/07/2025

Avaliador: Lucas Amorim Vieira de Barros

ORIENTAÇÃO

Dia da semana (1 ponto)..... 1
Dia do mês (1 ponto)..... 0
Mês (1 ponto)..... 1
Ano (1 ponto)..... 1
Hora aproximada (1 ponto)..... 0
Local específico (andar ou setor) (1 ponto)..... 1
Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)..... 0
Cidade (1 ponto)..... 1
Estado (1 ponto)..... 1

MEMÓRIA IMEDIATA

Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta..... 1
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá pergunta-la novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

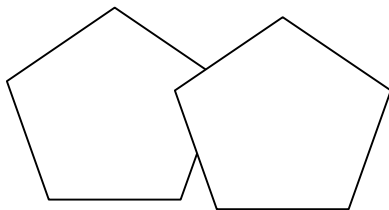
(100 – 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente
(1 ponto para cada cálculo correto)..... 2
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente
(1 ponto por palavra)..... 0

LINGUAGEM

Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)..... 1
Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)..... 1
Comando: “pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão”
(3 pontos)..... 1
Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto)..... 1
Escrever uma frase (1 ponto)..... 1
Copiar um desenho (1 ponto)..... 1



Total: 16 / 30

Avaliação Clínica da Demência (Clinical dementia rating – CDR)

Nome do paciente: asdfasd

16/07/2025

	Nenhuma 0	Questionável 0,5	Leve 1	Moderada 2	Grave 3
Assuntos comunitários	Funcionalmente independente ao nível usual de trabalho, compras, atividades voluntárias e grupos sociais	Leve incapacidade nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades, ainda que possa se engajar em algumas. Parece normal quando casualmente inspecionado.	Sem pretensão de manter funções independentes fora do domicílio. Parece suficientemente bem para ser levado à atividades fora do domicílio familiar.	Parece muito doente para ser levado para fora do domicílio
Atividades domésticas e passatempos	Vida doméstica, passatempo e interesse intelectual, bem mantidos.	Vida doméstica, passatempo e interesse intelectual levemente comprometido.	Incapacidade leve, porém definitiva, para atividades do lar. Abandono de atividades mais difíceis, passatempos complicados. Outros interesses abandonados.	Somente as ações simples estão preservadas; interesse restrito.	Ausência de atividades significantes no domicílio.
Cuidado pessoal	Plenamente capaz de manter auto-cuidado		Necessita “incentivo”	Requer assistência no vestuário, higiene e manejo de itens pessoais.	Requer muita ajuda no cuidado pessoal; incontinência freqüente.
Julgamento e resolução de problema	Resolve problemas do dia-a-dia, incluindo atividades comerciais e financeiras; capacidade de julgamento adequado quando comparada ao desempenho anterior	Incapacidade leve, para resolver problemas; identificar similaridades e diferenças	Dificuldade moderada no manejo de problemas, identificação de similaridades e diferenças. Julgamento social usualmente preservado.	Enorme incapacidade para manejar problemas, similaridades e diferenças. Julgamento social comprometido.	Incapaz de fazer julgamentos ou resolver problemas.
Memória	Sem perda de memória; esquecimento inconstante	Esquecimento leve consistente, relembra parcialmente eventos. “Esquecimento benigno”	Perda moderada da memória, mais acentuada para eventos recentes. Interferência nas atividades da vida diária.	Perda grave da memória, com retenção apenas de dados fortemente consolidados, novos dados rapidamente perdidos	Grave perda da memória; apenas fragmentos permanecem.
Orientação	Orientação plena	Orientação plena, exceto dificuldade branda com datas.	Dificuldade moderada com datas, orientação quanto ao “espaço” onde se realiza exame; pode apresentar desorientação geográfica.	Dificuldade grave com datas, desorientação <u>usual</u> quanto ao tempo. <u>Permanece</u> quanto ao espaço.	Orientação apenas em relação em relação à pessoa.

Grau de acometimento: 1