

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S	S)		
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO	SOLICITANTE		
1-Número do CNES* 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 46 54			
3- Nome completo do Paciente* 465		65	
4- Nome da Mãe do Paciente* 564		6-Altura do	o paciente*
7- Medicamento(s)*	8- Qua	ntidade solic 2º mês	itada*
1 465	456	46	54
2			
3			
4			
5			
9- CID-10* 10- Diagnóstico 5646 54			
11- Anamnese*			==
36			
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		da presença fí	sica do
paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos acordo con os ac	•		
poderá realizar a solicitação do medicamento	465		
	Nome do respons		
Lucas	/ 17- ASSINATUR	a e carimbo do r	medico
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* — (16- Data da solicitação*			
234234234 2019-10-20			
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsa	ável (descrito no iter	12\	co solicitante
Outro, informar nome:e CPF	aver (uesonio no ico	II 13) LIVIOGIC	0 Sullcitante
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*	20- Telefone(s) par	ra contata da na	raianta
Branca Amarela	20- 1 61610116(3) Pai	a Contato do pa	Clerite —
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia:			$\overline{}$
Parda Sem informação 21- Número do documento do paciente	3- Assinatura do resp	onsável nelo pred	enchimento*
□CPF ou □CNS 65456465423654564456456654	J- / 1001110101010 00 1 p	01100 F)
22- Correio eletrônico do paciente			

^{*} CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Endereço: **Nome:** 465

465 654

456

Endereço:

Nome: 465

465 654

456

2019-10-20

Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone: Identificação do Comprador Órgão Emissor: Ç. Assinatura do Farmacêutico Identificação do Fornecedor

2019-10-20

Assinatura do Farmacêutico	C T.	Cidade: Telefone:
	Órgão Emissor:	Identidade: Endereço:
Identificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	Nome:

54

54

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Nome: 465

Endereço:

465 46

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 465

Endereço: 465

46

Ω.	叮	ᆵ	ž	
Cidade:	ndereço:	entidade:	ome:	
UF:		Órgão Emissor:		Identificação do Comprador
••		••		
				ldentificação do Fornecedor

54

Telefone:

Assinatura do Farmacêutico

Assinatura do Farmacêutico

54

Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone:

Identificação do Comprador

Identificação do Fornecedor

Órgão Emissor:

Ç.

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Nome: 465

Endereço:

465 54

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

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 465

465 Endereço:

54

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
Identificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	Nome:

54

Assinatura do Farmacêutico

54

Ç.