

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* 6455648		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Clínica Heleníssima				
3- Nome completo do Paciente* Antonio Amadeus Bueno				5- Peso do paciente* 80 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* Mãe Rata				6- Altura do paciente* 180 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês		
		1	Gardenal 100mg	60	60	60
		2				
		3				
		4				
9- CID-10* G40.0		10- Diagnóstico Esquizofrenia				
11- Anamnese* Dor anal e crises generalizadas.						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*						
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____ <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>						
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* 10/10/1990				

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: Antonio Amadeus Bueno

Endereço: Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Gardenal 100mg 60
1cp 12/12 horas.

10/10/1990

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

Clinica Heleníssima

Rau das Acácias, 420

555474564

Cotia

067087456

Embua da Granja

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Antonio Amadeus Bueno

Endereço: Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Gardenal 100mg 60
1cp 12/12 horas.

10/10/1990

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

Clinica Heleníssima

Rau das Acácias, 420

555474564

Cotia

067087456

Embua da Granja

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Antonio Amadeus Bueno
Endereço: Rua Professora Rica, 28

Via oral:
Gardenal 100mg 60
1cp 12/12 horas.

09/11/1990

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

Clinica Heleníssima
Rau das Acácias, 420
555474564 Cotia
067087456 Embua da Granja

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Antonio Amadeus Bueno
Endereço: Rua Professora Rica, 28

Via oral:
Gardenal 100mg 60
1cp 12/12 horas.

09/11/1990

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

Clinica Heleníssima
Rau das Acácias, 420
555474564 Cotia
067087456 Embua da Granja

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Antonio Amadeus Bueno

Endereço: Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Gardenal 100mg 60
1cp 12/12 horas.

09/12/1990

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

Clinica Heleníssima

Rau das Acácias, 420

555474564

Cotia

067087456

Embua da Granja

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Antonio Amadeus Bueno

Endereço: Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Gardenal 100mg 60
1cp 12/12 horas.

09/12/1990

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

Rau das Acácias, 420

555474564

Cotia

067087456

Embua da Granja