

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* <input type="text"/>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <input type="text"/>	
3- Nome completo do Paciente* <input type="text"/>		5- Peso do paciente* <input type="text"/> kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* <input type="text"/>		6- Altura do paciente* <input type="text"/> cm	

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

9- CID-10* <input type="text"/>	10- Diagnóstico <input type="text"/>
56	456

11- Anamnese*

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* <input type="text"/>	17- Assinatura e carimbo do médico* <input type="text"/>
Lucas Amorim Vieira de Barros	

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <input type="text"/>	16- Data da solicitação* <input type="text"/>
980016293604585	20/10/2019

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="text"/>	20- Telefone(s) para contato do paciente <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação	

21- Número do documento do paciente <input type="text"/>	23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <input type="text"/>	
22- Correio eletrônico do paciente <input type="text"/>	

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 54
Endereço:

54
65
564

20/10/2019

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 54
Endereço:

54
65
564

20/10/2019

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

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 54
Endereço:

654

19/11/2019

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 54
Endereço:

654

19/11/2019

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

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 54
Endereço:

654

19/12/2019

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 54
Endereço:

654

19/12/2019

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