

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* 46		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 54		
3- Nome completo do Paciente* 6456546546				5- Peso do paciente* 54 kg
4- Nome da Mãe do Paciente* 5646				6- Altura do paciente* 54 cm

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	465	46	54	654
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* 564	10- Diagnóstico Hemorroidas
--------------------------	---------------------------------------

11- Anamnese*
65

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*
65
☒ 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

56
Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* dsfsd	17- Assinatura e carimbo do médico*
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* asdf	
16- Data da solicitação* 30/10/2019	

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*		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 <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 654654645		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
22- Correio eletrônico do paciente		

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 6456546546

Endereço:

465 46

645 645

30/10/2019

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

54

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 6456546546

Endereço:

465 46

645 645

30/10/2019

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

54

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 6456546546

Endereço:

465 54

29/11/2019

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

54

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 6456546546

Endereço:

465 54

29/11/2019

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

54

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 6456546546

Endereço:

465 654

29/12/2019

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

54

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 6456546546

Endereço:

465 654

29/12/2019

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

54