

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* 6+465		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante SHAM		
3- Nome completo do Paciente* 456			5- Peso do paciente* 64 kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* 5645			6- Altura do paciente* 4 cm	
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
		65	465	4
9- CID-10* 4		10- Diagnóstico 564		
11- Anamnese* 564				
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 type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento 65 <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* 30/10/2019	
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> 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 65456			23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
22- Correio eletrônico do paciente				

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 456
Endereço:
564
564
65

30/10/2019

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

SHAM
41561string
21 32
2313 1

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 456
Endereço:
564
564
65

30/10/2019

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

SHAM
41561string
21 32
2313 1

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 456
Endereço:

564 465

29/11/2019

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

SHAM
41561string
21 32
2313 1

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 456
Endereço:

564 465

29/11/2019

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

SHAM
41561string
21 32
2313 1

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 456
Endereço:

564 4

29/12/2019

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

SHAM
41561string
21 32
2313 1

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 456
Endereço:

564 4

29/12/2019

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

41561string
21 32
2313 1