



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

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*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante					
4545646		Sta. Lúcia					
3- Nome completo do Paciente*					5-Peso do paciente*		
Santos Dumont					654 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente*					6-Altura do paciente*		
654654					654 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	fosfato de codeína 30 mg (comprimido)	60	60	60	60	60	60
2	cloridrato de metadona 10 mg/mL (solução injetável (ampolha))	60	60	60	60	60	60
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
R52.1		Dor Crônica Intratável					
11- Anamnese*							
asdfsad							
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*							
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar:							
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							
sdf							
Nome do responsável							
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*							
17/07/2025							

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			

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
cloridrato de metadona 10 mg/mL (solução injetável (ampola com 1 mL)) 60
AS

17/07/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
cloridrato de metadona 10 mg/mL (solução injetável (ampola com 1 mL)) 60
AS

17/07/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
cloridrato de metadona 10 mg/mL (solução injetável (ampola com 1 mL)) 60
AS

16/08/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
cloridrato de metadona 10 mg/mL (solução injetável (ampola com 1 mL)) 60
AS

16/08/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
cloridrato de metadona 10 mg/mL (solução injetável (ampola com 1 mL)) 60
AS

15/09/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
cloridrato de metadona 10 mg/mL (solução injetável (ampola com 1 mL)) 60
AS

15/09/2025

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

654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
cloridrato de metadona 10 mg/mL (solução injetável (ampola com 1 mL)) 60
AS

15/10/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
cloridrato de metadona 10 mg/mL (solução injetável (ampola com 1 mL)) 60
AS

15/10/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
cloridrato de metadona 10 mg/mL (solução injetável (ampola com 1 mL)) 60
AS

14/11/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
cloridrato de metadona 10 mg/mL (solução injetável (ampola com 1 mL)) 60
AS

14/11/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
cloridrato de metadona 10 mg/mL (solução injetável (ampola com 1 mL)) 60
AS

14/12/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
cloridrato de metadona 10 mg/mL (solução injetável (ampola com 1 mL)) 60
AS

14/12/2025

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

654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

ESCALA DE DOR LANNS
(ADAPTADA AO PORTUGUÊS DO BRASIL POR SCHESTATSKY ET AL., 2011) (6)

Nome: Santos Dumont

Data: 17/07/2025

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudá-lo na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

A. QUESTIONÁRIO DE DOR

- Pense na dor que você vem sentindo na última semana.
- Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor. Responda apenas SIM ou NÃO.

1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como “agulhadas”, “choques elétricos” e “formigamento” são as que melhor descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se parece com isso.....[0]

b) SIM – Eu tenho este tipo de sensação com frequência.....[5]

2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como “manchada” ou “avermelhada ou rosada” descrevem a aparência da sua pele.

a) NÃO – Minha dor não afeta a cor da minha pele.....[0]

b) SIM – Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor.[5]

3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? [A ocorrência de] Sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.-

a) NÃO – Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível.....[0]

b) SIM – Minha pele é mais sensível ao toque nesta área.....[3]

4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como “choques elétricos”, “dor em pontada” ou “dor explosiva” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se comporta desta forma[0]

b) SIM – Eu tenho estas sensações com muita frequência.....[2]

5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como “calor” e “queimação” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Eu não tenho este tipo de sensação.....[0]

b) SIM – Eu tenho estas sensações com frequência.....[1]

B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico)

A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contra-lateral ou nas áreas adjacentes não doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).

6) ALODINIA

Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo “picada” ou “latejante”) forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

a) NÃO – Sensação normal em ambas as áreas.....[0]

b) SIM – Alodinia somente na área dolorida.....[5]

7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA

a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 (cor azul) conectada a uma seringa de 2 ml – sem a parte interna – suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas.

b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, “nenhuma sensação” ou “somente sensação de toque” (LSA aumentado) ou “dor muito intensa” (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.

c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

a) NÃO – Sensação igual em ambas as áreas.....[0]

b) SIM – Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido.....[3]

ESCORE:

Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um escore global.

ESCORE TOTAL (máximo 24)

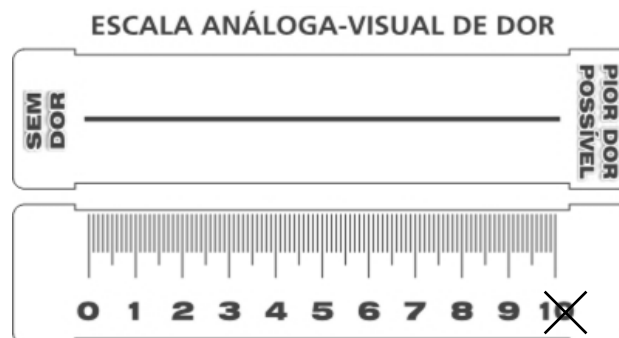
Se o escore for inferior a 12, [são improváveis de] estejam contribuindo para a dor do paciente.

Se o escore for igual ou superior a 12, provavelmente mecanismos neuropáticos estejam contribuindo para a dor do paciente.

Assinatura e carimbo do médico

Data: 17/07/2025

Escala EVA



Assinatura e carimbo do médico

Data: 17/07/2025