

## 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* <b>682396</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>Água Santa Heleníssima</b>				
3- Nome completo do Paciente* <b>Felício Sauro Capitão</b>		5- Peso do paciente* <b>80</b> kg				
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>Amadeia Buena</b>		6- Altura do paciente* <b>180</b> cm				
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês		
		1	Pramipexol 0,125mg	90	90	90
		2				
		3				
		4				
9- CID-10* <b>G55</b>		10- Diagnóstico <b>Doença de Parkinson</b>				
11- Anamnese* <b>Rigidez e bradicinesia.</b>						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*						
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input 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 <div style="text-align: right;"><b>Amadeia Bueno</b> Nome do responsável</div>						
14- Nome do médico solicitante* <b>Lucas A V Barros</b>		17- Assinatura e carimbo do médico*				
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <b>980016293604585</b>		16- Data da solicitação* <b>10/10/2020</b>				

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 <b>33377415841</b>			
22- Correio eletrônico do paciente			

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** Felício Sauro Capitão  
**Endereço:**

Pramipexol 0,125mg 90  
1cp 8/8 horas.

10/10/2020

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

06709-135 Jardim Três Marias

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** Felício Sauro Capitão  
**Endereço:**

Pramipexol 0,125mg 90  
1cp 8/8 horas.

10/10/2020

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

06709-135 Jardim Três Marias

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** Felício Sauro Capitão  
**Endereço:**  
  
Pramipexol 0,125mg 90

09/11/2020

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

Água Santa Heleníssima  
Rua das Araucárias  
5511992212707 São Bernardo do Campo  
06709-135 Jardim Três Marias

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** Felício Sauro Capitão  
**Endereço:**  
  
Pramipexol 0,125mg 90

09/11/2020

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

Água Santa Heleníssima  
Rua das Araucárias  
5511992212707 São Bernardo do Campo  
06709-135 Jardim Três Marias

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** Felício Sauro Capitão

**Endereço:**

Pramipexol 0,125mg

90

09/12/2020

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707

São Bernardo do Campo

06709-135

Jardim Três Marias

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** Felício Sauro Capitão

**Endereço:**

Pramipexol 0,125mg

90

09/12/2020

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707

São Bernardo do Campo

06709-135

Jardim Três Marias