

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	
3- Nome completo do Paciente*		5- Peso do paciente*	
Paciente duplicado do messias		465 kg	
4- Nome da Mãe do Paciente*		6- Altura do paciente*	
6+5		54 cm	

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	561	56	156	1
2				
3				
4				
5				

9- CID-10*	10- Diagnóstico
65	41

11- Anamnese*
 561

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

☒ SIM. Relatar: 561

☐ 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

4
 Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante*	17- Assinatura e carimbo do médico*
J Messias	

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*	16- Data da solicitação*
980045682546585	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	23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 33377415840	
22- Correio eletrônico do paciente	

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Paciente duplicado do messias

Endereço:

561 56
561

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>

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Paciente duplicado do messias

Endereço:

561 56
561

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>

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Paciente duplicado do messias

Endereço:

561 156

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>

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Paciente duplicado do messias

Endereço:

561 156

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>

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Paciente duplicado do messias

Endereço:

561 1

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

29/12/2019

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Paciente duplicado do messias

Endereço:

561 1

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

29/12/2019