



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		adsfasd					
3- Nome completo do Paciente*		5-Peso do paciente*				6-Altura do paciente*	
adsfasd		654 kg				654 cm	
4- Nome da Mãe do Paciente*							
654							
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação p	45	45	45	45	45	45
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
G30.0		Doença de Alzheimer de Início Precoce					
11- Anamnese*							
654							
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 checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento		Nome do responsável					
14- Nome do médico solicitante*		17- Assinatura e carimbo do médico*					
Lucas Amorim Vieira de Barros							
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*		16- Data da solicitação*					
980016293604585		16/07/2025					

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:** asdfasd  
**Endereço:** 654

654654  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45  
654

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

16/07/2025

asdfasd  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56464-654 654654

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

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

654654  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45  
654

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

16/07/2025

asdfasd  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56464-654 654654

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

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

654654  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45  
654

15/08/2025

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

asdfasd  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56464-654 654654

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

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

654654  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45  
654

15/08/2025

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

asdfasd  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56464-654 654654

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

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

654654  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45  
654

14/09/2025

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

asdfasd  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56464-654 654654

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

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

654654  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45  
654

14/09/2025

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

654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56464-654 654654

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

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

654654  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45  
654

14/10/2025

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

asdfasd  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56464-654 654654

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

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

654654  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45  
654

14/10/2025

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

asdfasd  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56464-654 654654

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

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

654654  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45  
654

13/11/2025

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

asdfasd  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56464-654 654654

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

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

654654  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45  
654

13/11/2025

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

asdfasd  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56464-654 654654

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

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

654654  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45  
654

13/12/2025

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

asdfasd  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56464-654 654654

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

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

654654  
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45  
654

13/12/2025

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

654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56464-654 654654

### 3MINI – EXAME DO ESTADO MENTAL

(Foistein, Foinsten & McHugh, 1975)

Paciente: asdfasd

Data da Avaliação: 16/07/2025

Avaliador: Lucas Amorim Vieira de Barros

#### ORIENTAÇÃO

Dia da semana (1 ponto)..... 1  
Dia do mês (1 ponto)..... 1  
Mês (1 ponto)..... 1  
Ano (1 ponto)..... 1  
Hora aproximada (1 ponto)..... 1  
Local específico (andar ou setor) (1 ponto)..... 1  
Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)..... 1  
Cidade (1 ponto)..... 1  
Estado (1 ponto)..... 1

#### MEMÓRIA IMEDIATA

Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta..... 1  
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá pergunta-la novamente.

#### ATENÇÃO E CÁLCULO

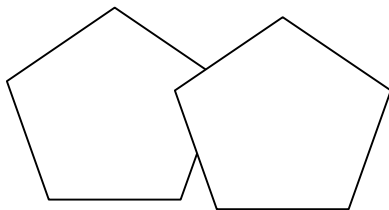
(100 – 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente  
(1 ponto para cada cálculo correto)..... 1  
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

#### EVOCAÇÃO

Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente  
(1 ponto por palavra)..... 1

#### LINGUAGEM

Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)..... 1  
Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)..... 1  
Comando: “pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão”  
(3 pontos)..... 1  
Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto)..... 1  
Escrever uma frase (1 ponto)..... 1  
Copiar um desenho (1 ponto)..... 1



Total: 1 / 30



## Avaliação Clínica da Demência ( Clinical dementia rating – CDR )

**Nome do paciente:** asdfasd

16/07/2025

	<b>Nenhuma 0</b>	<b>Questionável 0,5</b>	<b>Leve 1</b>	<b>Moderada 2</b>	<b>Grave 3</b>
Assuntos comunitários	Funcionalmente independente ao nível usual de trabalho, compras, atividades voluntárias e grupos sociais	Leve incapacidade nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades, ainda que possa se engajar em algumas. Parece normal quando casualmente inspecionado.	Sem pretensão de manter funções independentes fora do domicílio. Parece suficientemente bem para ser levado à atividades fora do domicílio familiar.	Parece muito doente para ser levado para fora do domicílio
Atividades domésticas e passatempos	Vida doméstica, passatempo e interesse intelectual, bem mantidos.	Vida doméstica, passatempo e interesse intelectual levemente comprometido.	Incapacidade leve, porém definitiva, para atividades do lar. Abandono de atividades mais difíceis, passatempos complicados. Outros interesses abandonados.	Somente as ações simples estão preservadas; interesse restrito.	Ausência de atividades significantes no domicílio.
Cuidado pessoal	Plenamente capaz de manter auto-cuidado		Necessita “incentivo”	Requer assistência no vestuário, higiene e manejo de itens pessoais.	Requer muita ajuda no cuidado pessoal; incontinência freqüente.
Julgamento e resolução de problema	Resolve problemas do dia-a-dia, incluindo atividades comerciais e financeiras; capacidade de julgamento adequado quando comparada ao desempenho anterior	Incapacidade leve, para resolver problemas; identificar similaridades e diferenças	Dificuldade moderada no manejo de problemas, identificação de similaridades e diferenças. Julgamento social usualmente preservado.	Enorme incapacidade para manejar problemas, similaridades e diferenças. Julgamento social comprometido.	Incapaz de fazer julgamentos ou resolver problemas.
Memória	Sem perda de memória; esquecimento inconstante	Esquecimento leve consistente, relembra parcialmente eventos. “Esquecimento benigno”	Perda moderada da memória, mais acentuada para eventos recentes. Interferência nas atividades da vida diária.	Perda grave da memória, com retenção apenas de dados fortemente consolidados, novos dados rapidamente perdidos	Grave perda da memória; apenas fragmentos permanecem.
Orientação	Orientação plena	Orientação plena, exceto dificuldade branda com datas.	Dificuldade moderada com datas, orientação quanto ao “espaço” onde se realiza exame; pode apresentar desorientação geográfica.	Dificuldade grave com datas, desorientação <u>usual</u> quanto ao tempo. <u>Permanece</u> quanto ao espaço.	Orientação apenas em relação em relação à pessoa.

**Grau de acometimento:**