

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* 9293828 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Clínica Santa Amália

3- Nome completo do Paciente* Antonio Matias 5-Peso do paciente* 8 kg

4- Nome da Mãe do Paciente* 80- 6-Altura do paciente* 0 cm

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	8	809	8	8
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* G40 10- Diagnóstico 098

11- Anamnese* 098

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*
☐ SIM. Relatar:
☒ 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
Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* asdfsd 17- Assinatura e carimbo do médico*
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* asdf 16- Data da solicitação* 30/10/1986

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*
☐ Branca ☐ Amarela
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia:
☐ Parda ☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente
21- Número do documento do paciente
☐ CPF ou ☐ CNS
22- Correio eletrônico do paciente
23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Antonio Matias
Endereço: 8

098
8
09
809

30/10/1986

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

Clinica Santa Amália
98, 9

89
9
98
98

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Antonio Matias
Endereço: 8

098
8
09
809

30/10/1986

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

Clinica Santa Amália
98, 9

89
9
98
98

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da farmácia

Nome: Antonio Matias
Endereço: 8

098
8
098

29/11/1986

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

Clinica Santa Amália
98, 9
89 98
9 98

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Antonio Matias
Endereço: 8

098
8
098

29/11/1986

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

Clinica Santa Amália
98, 9
89 98
9 98

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Antonio Matias
Endereço: 8

098
8
098

29/12/1986

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

Clinica Santa Amália
98, 9

89
98
9

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Antonio Matias
Endereço: 8

098
8
098

29/12/1986

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

98, 9

89
98
9