

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* 682396		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Água Santa Heleníssima				
3- Nome completo do Paciente* Felício Sauro Capitão		5- Peso do paciente* 80 kg				
4- Nome da Mãe do Paciente* Amadeia Buena		6- Altura do paciente* 180 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* G55		10- Diagnóstico Doença de Parkinson				
11- Anamnese* Rigidez e bradicinesia.						
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;">Amadeia Bueno Nome do responsável</div>						
14- Nome do médico solicitante* Lucas A V Barros		17- Assinatura e carimbo do médico*				
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585		16- Data da solicitação* 10/10/2000				
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 33377415841		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*				
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.

10/10/2000

<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.

10/10/2000

<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

09/11/2000

<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

09/11/2000

<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

09/12/2000

<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

09/12/2000

<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