

## 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>6455648</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>Clínica Heleníssima</b>		
3- Nome completo do Paciente* <b>Homero Junior Felicio Capitão Campeão</b>				5- Peso do paciente* <b>90</b> kg
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>Hermelinda Capitã</b>				6- Altura do paciente* <b>180</b> cm
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	Lamotrigina 100mg	60	60	60
2				
3				
4				
5				
9- CID-10* <b>G20</b>		10- Diagnóstico <b>Epilepsia com hemorróidas trombosadas</b>		
11- Anamnese* <b>Crises generalizadas sem fatores desencadeantes. Risco de recorrência superior a 40%.</b>				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____ <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>				
14- Nome do médico solicitante* <b>Lucas Amorim Vieira de 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>30/10/2019</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 _____ 22- Correio eletrônico do paciente _____		

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

**Nome:** Homero Junior Felício Capitão Campeão

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Lamotrigina 100mg

60

Tomar 1cp de 12/12 horas.

30/10/2019

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

Clinica Heleníssima

Rau das Acácias, 420

555474564

Cotia

067087456

Embua da Granja

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

**Nome:** Homero Junior Felício Capitão Campeão

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Lamotrigina 100mg

60

Tomar 1cp de 12/12 horas.

30/10/2019

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

Clinica Heleníssima

Rau das Acácias, 420

555474564

Cotia

067087456

Embua da Granja

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

**Nome:** Homero Junior Felício Capitão Campeão

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Lamotrigina 100mg 60

Tomar 1cp de 12/12 horas.

29/11/2019

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

Clinica Heleníssima

Rau das Acácias, 420

555474564

Cotia

067087456

Embua da Granja

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

**Nome:** Homero Junior Felício Capitão Campeão

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Lamotrigina 100mg 60

Tomar 1cp de 12/12 horas.

29/11/2019

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

Clinica Heleníssima

Rau das Acácias, 420

555474564

Cotia

067087456

Embua da Granja

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

**Nome:** Homero Junior Felício Capitão Campeão

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Lamotrigina 100mg 60

Tomar 1cp de 12/12 horas.

29/12/2019

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

Clinica Heleníssima

Rau das Acácias, 420

555474564

Cotia

067087456

Embua da Granja

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

**Nome:** Homero Junior Felício Capitão Campeão

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Lamotrigina 100mg 60

Tomar 1cp de 12/12 horas.

29/12/2019

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

Rau das Acácias, 420

555474564

Cotia

067087456

Embua da Granja