

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* 983324		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Clínica Tabajaris Club Hotel				
3- Nome completo do Paciente* Fodido		5- Peso do paciente* 980 kg				
4- Nome da Mãe do Paciente* 80		6- Altura do paciente* 809 cm				
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês		
		1	Lamotrigina 1087090mg	60	60	60
		2				
		3				
		4				
9- CID-10* 089		10- Diagnóstico 08				
11- Anamnese* 8						
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* Jair Messias Bolsonaro		17- Assinatura e carimbo do médico*				
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585		16- Data da solicitação* 15/01/2020				

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: Fodido
Endereço: 980

Via oral:
Lamotrigina 1087090mg 60
Tomar 1cp 12/12 horas.

15/01/2020

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

Clinica Tabajaris Club Hotel
Rua da Água Benta, 13
5511992212707 Satantropolis
061545465 Jardim Iluminado

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Fodido
Endereço: 980

Via oral:
Lamotrigina 1087090mg 60
Tomar 1cp 12/12 horas.

15/01/2020

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

Clinica Tabajaris Club Hotel
Rua da Água Benta, 13
5511992212707 Satantropolis
061545465 Jardim Iluminado

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Fodido

Endereço: 980

Via oral:

Lamotrigina 1087090mg

Tomar 1cp 12/12 horas.

60

14/02/2020

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

Clinica Tabajaris Club Hotel

Rua da Água Benta, 13

5511992212707 Satantropolis

061545465 Jardim Iluminado

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Fodido

Endereço: 980

Via oral:

Lamotrigina 1087090mg

Tomar 1cp 12/12 horas.

60

14/02/2020

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

Clinica Tabajaris Club Hotel

Rua da Água Benta, 13

5511992212707 Satantropolis

061545465 Jardim Iluminado

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Fodido

Endereço: 980

Via oral:

Lamotrigina 1087090mg

Tomar 1cp 12/12 horas.

60

15/03/2020

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

Clinica Tabajaris Club Hotel

Rua da Água Benta, 13

5511992212707 Satantropolis

061545465 Jardim Iluminado

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Fodido

Endereço: 980

Via oral:

Lamotrigina 1087090mg

Tomar 1cp 12/12 horas.

60

15/03/2020

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

Rua da Água Benta, 13

5511992212707 Satantropolis

061545465 Jardim Iluminado