

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* 23423		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante KJLKÇ	
3- Nome completo do Paciente* 09		5- Peso do paciente* 9 kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* 09		6- Altura do paciente* 9 cm	
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*	
		1º mês	2º mês
		3º mês	
1	09sdfa	09	adf
2			
3			
4			
5			
9- CID-10* P2		10- Diagnóstico 09	
11- Anamnese* 09			
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*			
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: 34234 <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 234234 <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>			
14- Nome do médico solicitante* Antonio Matias		17- Assinatura e carimbo do médico*	
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 234234		16- Data da solicitação* 30/10/1986	
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input checked="" 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 checked="" 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		234234 23423	
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
<input checked="" type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS -0850423985092			
22- Correio eletrônico do paciente 23423@DSG.COM			

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 09

Endereço: 09

sdfsdf09

09sdfa

09

09

30/10/1986

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

KULKÇ

JLKJ, 234

234

JL

234

KJ

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 09

Endereço: 09

sdfsdf09

09sdfa

09

09

30/10/1986

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

KULKÇ

JLKJ, 234

234

JL

234

KJ

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 09

Endereço: 09

sdfsdf09

09sdfa

asdf

adf

29/11/1986

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

KULKÇ

JLKJ, 234

234

JL

234

KJ

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 09

Endereço: 09

sdfsdf09

09sdfa

asdf

adf

29/11/1986

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

KULKÇ

JLKJ, 234

234

JL

234

KJ

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 09
Endereço: 09

sdtsdf09
09sdfa
asdf

adf

29/12/1986

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

KJLKÇ
JLKJ, 234
234
234

JL
KJ

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 09
Endereço: 09

sdtsdf09
09sdfa
asdf

adf

29/12/1986

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

JLKJ, 234
234
234

JL
KJ