

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* 6+5		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 4564			
3- Nome completo do Paciente* 654			5- Peso do paciente* 564 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* 4564			6- Altura do paciente* 65 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*			
		1º mês	2º mês	3º mês	
		1	123	1	231
		2			
		3			
		4			
9- CID-10* G40		10- Diagnóstico 561			
11- Anamnese* 32					
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* Antonio Matias			17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 985221457864525					
16- Data da solicitação* 10/10/2020					
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* <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			20- Telefone(s) para contato do paciente		
21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 89+4561561			23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*		
22- Correio eletrônico do paciente					

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 654
Endereço:

123
231
123

10/10/2020

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

4564
65, 4
654
564

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 654
Endereço:

123
231
123

10/10/2020

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

4564
65, 4
654
564

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 654
Endereço:

123

231

09/12/2020

Identificação do Comprador			Identificação do Fornecedor		
Nome:		Órgão Emissor:		UF:	
Identidade:					
Endereço:					
Cidade:					
Telefone:					

4564
65, 4
654
564
564

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 654
Endereço:

123

231

09/12/2020

Identificação do Comprador			Identificação do Fornecedor		
Nome:		Órgão Emissor:		UF:	
Identidade:					
Endereço:					
Cidade:					
Telefone:					

65, 4
654
564
564