

## 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>6+5</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>4564</b>		
3- Nome completo do Paciente* <b>46</b>			5-Peso do paciente* <b>64</b> kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>5645</b>			6-Altura do paciente* <b>54</b> cm	
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
		<b>54</b>	<b>564</b>	<b>564</b>
9- CID-10* <b>56</b>		10- Diagnóstico <b>456</b>		
11- Anamnese* <b>465</b>				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
13- <b>Atestado de capacidade*</b> 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>Antonio Matias</b>			17- Assinatura e carimbo do médico*	
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <b>985221457864525</b>				
16- Data da solicitação* <b>30/10/2019</b>				
18- <b>CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*</b> : <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input checked="" 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 checked="" 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 <b>555456484968</b> <b>456456456456</b>	
21- Número do documento do paciente <input checked="" type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <b>56465</b>			23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
22- Correio eletrônico do paciente <b>xzczxc@gmail.com</b>				

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

**Nome:** 46  
**Endereço:** 654

46 54  
564

30/10/2019

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

4564  
65, 4  
654 564  
564

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

**Nome:** 46  
**Endereço:** 654

46 54  
564

30/10/2019

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

4564  
65, 4  
654 564  
564

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

**Nome:** 46  
**Endereço:** 654  
46

564

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

4564  
65, 4  
654  
564  
564

29/11/2019

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

**Nome:** 46  
**Endereço:** 654  
46

564

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

4564  
65, 4  
654  
564  
564

29/11/2019

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

**Nome:** 46  
**Endereço:** 654  
  
46 564

29/12/2019

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

4564  
65, 4  
654  
564

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

**Nome:** 46  
**Endereço:** 654  
  
46 564

29/12/2019

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

65, 4  
654  
564