

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* 6666666		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Satanista Assistência Médica		
3- Nome completo do Paciente* 564antonino			5-Peso do paciente* 564 kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* 4			6-Altura do paciente* 56 cm	
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
		564	564	56
9- CID-10* 465		10- Diagnóstico 4		
11- Anamnese* 564				
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* Jai			17- Assinatura e carimbo do médico*	
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016547896545		16- Data da solicitação* 30/10/2095		
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR* : <input checked="" 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 aiatola			23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
22- Correio eletrônico do paciente				

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 564antonino
Endereço:

56456

29/12/2095

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

Satanista Assistência Médica
Rua João de Azevedo Marques, 333
6666 6666 Cotia
06706135 Jd. Três Marias

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 564antonino
Endereço:

56456

29/12/2095

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

Rua João de Azevedo Marques, 333
6666 6666 Cotia
06706135 Jd. Três Marias