

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* 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 23423 KJLKÇ								
Novo paciente de teste								
4- Nome da Mãe do Paciente*		6-Altura de	o paciente*					
7- Medicamento(s)*	8- Qua	ntidade solic	itada* 3º mês					
1 0	0	0	0					
2								
3								
4								
5								
9- CID-10* 10- Diagnóstico P1 0								
11- Anamnese*			$\overline{}$					
Parinte and in the land of the second of the								
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*								
☐SIM. Relatar:								
■NÃO								
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?								
NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento		- 						
	lome do respons	a e carimbo do	médico*					
Antonio Matias	17- Assiriature	a e cannibo do	illedico)					
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitação*								
234234 20/10/2019								
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ⊠Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsáv	rel (descrito no iter	m 13) Médio	co solicitante					
Outro, informar nome:e CPF								
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* Branca Amarela	Telefone(s) par	a contato do pa	aciente —					
☐Preta ☐Indígena. Informar Etnia:			$\overline{}$					
Parda Sem informação								
21- Número do documento do paciente CPF ou CNS 23-	Assinatura do resp	oonsável pelo pre	enchimento*					
22- Correio eletrônico do paciente								

^{*} CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Controle Especial etenção da farmácia	Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente	ia
	Nome: Novo paciente de teste Endereço: 0	
0	0 0 0	0
20/10/2019	20/10/2019	
Identificação do Fornecedor	Identificação do Comprador	
	e: Órgão Emissor: : UF:	
Assinatura do Farmacêutico	Assinatura do Farmacêutico	

0

000

Endereço: 0

Nome: Novo paciente de teste

Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone:

Identificação do Comprador

Órgão Emissor:

Ç.

Y) L K J L K O

JLKJ, 234

JLKJ, 234

KJLKÇ

234 234

조 누

234 234

조 누

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Assinatura do Farmacêutico Identificação do Fornecedor 19/11/2019 0 Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone: Endereço: 0 0 0 Nome: Novo paciente de teste Identificação do Comprador Órgão Emissor: Ç. Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

0

000

Endereço: 0

Nome: Novo paciente de teste

Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone:

Identificação do Comprador

Órgão Emissor:

Ç.

K Z L K C JLKJ, 234

234 234

조 누

234 234

조 누

Y) LXÇ

Assinatura do Farmacêutico

Identificação do Fornecedor

19/11/2019

JLKJ, 234

234 KJ	234 JL	JLKJ, 234	KJLKÇ	Identificação do Comprador Nome: Identidade: Órgão Emissor: Endereço: Cidade: UF: Telefone: Assinatura do Farmacêutico	19/12/2019	0	0	Nome: Novo paciente de teste Endereço: 0	Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia
234	234	JLKJ, 234		Identificação Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone:		0 0	0	Nome: Novo paciente de teste Endereço: 0	
2	٦			Identificação do Comprador Órgão Emissor: UF:				ente de teste	Receit 2ª Vi
				Identificação do Fornecedor Assinatura do Farmacêutico	19/12/2019	0			Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente