

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 9293828 Clínica Santa Amália			
3- Nome completo do Paciente*		5-Peso do	paciente*
Antonio Matias		8	
4- Nome da Mãe do Paciente*		6-Altura do	paciente*
80-		0	cm
Madiagnanta/alt	8- Qua	ntidade solic	itada*
7- Medicamento(s)*	1º mês	2º mês	3º mês
1 8	809	8	8
2			
3			
4			
5			
9- CID-10* 10- Diagnóstico			
G40 098			
11- Anamnese*			
090			
			J
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*			=
SIM. Relatar:			
NÃO			
MINAO			
13- Atestado de capacidade*			
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil.		da presença fí	sica do
☑NÃO ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual			
poderá realizar a solicitação do medicamento	Nome do respons	sável	
Mana dan (dia adiata)	17- Assinatura	a e carimbo do i	médico*
14 Nome do médico solicitante*)
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* — (16- Data da solicitação*)			
asdf 30/10/1986			
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ⊠Paciente ☐Mãe do paciente ☐Responsá	vel (descrito no iter	n 13) Nédic	co solicitante
Outro, informar nome:e CPF	vor (acconto no ttor	ii io, L iviodic	oo oononamo
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*	- Telefone(s) par	a contato do pa	iciente —
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia:			\longrightarrow
Parda Sem informação			
	- Assinatura do resp	onsável pelo pre	enchimento*
CPF ou CNS			
22- Correio eletrônico do paciente			

^{*} CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Nome: Antonio Matias

Endereço: 8

098

9 ∞

809

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Endereço: 8 Nome: Antonio Matias

098

809

9

30/10/1986

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
Identificação do Fornecedor	Identificação do Comprador	Z 3 3 5

Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone:

Identificação do Comprador

Identificação do Fornecedor

30/10/1986

Órgão Emissor:

Ç.

Assinatura do Farmacêutico

Clínica Santa Amália

98, 9

89 98

9

98 98

89

98, 9

Clínica Santa Amália

9

98

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Antonio Matias

 ∞ 098 Endereço: 8

9

 ∞

9

 ∞

098

Endereço: 8

Nome: Antonio Matias

29/11/1986

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

Clínica Santa Amália

98, 9

98 98

89

9

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

29/11/1986

Clínica Santa Amália

98, 9

89 98

98

9

Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone: Endereço: 8 Nome: Antonio Matias Clínica Santa Amália Identificação do Comprador Órgão Emissor: 98 Ç. Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia Assinatura do Farmacêutico Identificação do Fornecedor 29/12/1986 ∞ 098 89 98, 9 9 Endereço: 8 Nome: Antonio Matias 98

9 ∞ 098

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

29/12/1986				
ő			œ	

Assinatura do Farmacêutico	C .	Telefone:
	Órgão Emissor:	Identidade: Endereço:
Identificação do Fornecedor	Identificação do Comprador	<i>Ident</i> Nome:

9

98

9

98

89

98, 9