

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* asdf | | 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante asdf | | | | |
| 3- Nome completo do Paciente* 098 | | | | 5- Peso do paciente* 9898 kg | | |
| 4- Nome da Mãe do Paciente* 0 | | | | 6- Altura do paciente* 98 cm | | |
| 7- Medicamento(s)* | | 8- Quantidade solicitada* | | | | |
| | | 1º mês | 2º mês | 3º mês | | |
| | | 1 | 0-98 | 809 | 8 | 8 |
| | | 2 | | | | |
| | | 3 | | | | |
| | | 4 | | | | |
| 9- CID-10* 809 | | 10- Diagnóstico 80 | | | | |
| 11- Anamnese* 98 | | | | | | |
| 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* asdfsdf | | 17- Assinatura e carimbo do médico* | | | | |
| 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* asdf | | 16- Data da solicitação* 30/10/1986 | | | | |
| 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 | | 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* | | | | |
| <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 22- Correio eletrônico do paciente | | | | | | |

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 098
Endereço: 0-8

098
0-98
09
809

30/10/1986

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

asdf
asdf, asdf
asdf
sdf

asdf
asdf

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 098
Endereço: 0-8

098
0-98
09
809

30/10/1986

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

asdf
asdf, asdf
asdf
sdf

asdf
asdf

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 098
Endereço: 0-8

098
0-98 8

29/11/1986

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

asdf
asdf, asdf
asdf
sdf

asdf
asdf

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 098
Endereço: 0-8

098
0-98 8

29/11/1986

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

asdf
asdf, asdf
asdf
sdf

asdf
asdf

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 098
Endereço: 0-8

098
0-98 8

29/12/1986

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

asdf
asdf, asdf
asdf
sdf

asdf
asdf

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 098
Endereço: 0-8

098
0-98 8

29/12/1986

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

asdf, asdf
asdf
sdf

asdf
asdf