

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* 561		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 561651				
3- Nome completo do Paciente* 74859661556				5- Peso do paciente* 651 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* 561				6- Altura do paciente* 4962651 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês		
		1	1651561894961	1651	1651	651
		2				
		3				
		4				
9- CID-10* 156651		10- Diagnóstico 561561				
11- Anamnese* 65156165156						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* 6354654						
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input 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 type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento 561 <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>						
14- Nome do médico solicitante* Lucas			17- Assinatura e carimbo do médico*			
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 234234234						
16- Data da solicitação* 2020-10-20						

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR***: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante
☐ 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 56445632198754189		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____
22- Correio eletrônico do paciente _____		

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 74859661556

Endereço:

1651561894961
654654654654

1651

2020-10-20

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

561651

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 74859661556

Endereço:

1651561894961
654654654654

1651

2020-10-20

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

561651

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 74859661556

Endereço:

1651561894961

1651

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

561651

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 74859661556

Endereço:

1651561894961

1651

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

561651

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 74859661556

Endereço:

1651561894961

651

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

561651

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 74859661556

Endereço:

1651561894961

651

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

561651