

Nome: Maria Rosalia de A Mendonça

CPF: Não há CPF cadastrado

Data e hora: 06/06/2022 - 20:44:06

1. Secuquinumabe 150mg/mL, Solução injetável

uso contínuo

Aplicar 2 canetas SC nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4.
Depois aplicar 2 canetas SC mensalmente



RECEITA DIGITAL MEMED

Endereço: Rua Frei Matias Teves n 280 sala 501

Assinado digitalmente por **Rafaela Gonçalves - CRM 16790 PE**

Token: **EthekV** - Código de desbloqueio: **1120**

**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***

296

2 - Nome do estabelecimento de saúde solicitante

HCUFPE

3 - Nome completo do paciente*

Maria Rosalia de A Mendonça

5 - Peso do paciente*

84,00kg

4 - Nome da mãe do paciente*

Mirian de Azevedo Mendonça

6 - Altura do paciente*

170,00m

7 - Medicamento(s)***8 - Quantidade solicitada***

		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	Secuquinumabe 150mg/mL, Solução injetável	10	2	2	2	2	2
2							
3							
4							
5							
6							

9 - CID-10*

M073

10 - Diagnóstico

Outras artropatias psoriásicas

11 - Anamnese*

Paciente atualmente em uso de adalimumabe mas com piora clínica. Já fez uso de certolizumabe com falha também. Necessita usar o secuquinumabe

12 - Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

- ☒ Sim. Relatar: atualmente com adalimumabe e metotrexate
☐ 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?

- ☒ Não ☐ Sim. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável

14 - Nome do médico solicitante*

Rafaela Gonçalves

17 - Assinatura e carimbo do médico***15 - Nº do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante***

980016282391097

16 - Data solicitação

06/06/2022

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*

- ☐ Branca ☐ Amarela
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: _____
☐ Parda ☐ Sem informação

20 - Telefones contato paciente**21 - Número do documento do paciente**

- ☐ CPF ☐ CNS

23 - Assinatura do responsável pelo preenchimento***22 - Correio eletrônico do paciente**