

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(5)						
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE						
1-Número do CNES* 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante						
3- Nome completo do Paciente*				5-Peso do paciente*		
4- Nome da Mãe do Paciente*					ra do pa	ciente*
Madia manta(a)*			ntidade			
7- Medicamento(s)*	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1						
2						
3						
4						
5						
6						
9- CID-10* 10- Diagnóstico						
/ 11- Anamnese*						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*						
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*						
a5- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitacão* / / /						
<u> </u>	Responsá	vel (descrite	o no item	13) DM	1édico so	olicitante
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*		Telefone				

^{*} CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO