



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

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\*

10472

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

3- Nome completo do Paciente\*

5-Peso do paciente\*

kg

4- Nome da Mãe do Paciente\*

6-Altura do paciente\*

cm

7- Medicamento(s)\*

8- Quantidade solicitada\*

1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês

1 Brometo de Glicopirrônio 50mcg cap+inalador ( 60 doses)

2 Salmeterol/Fluticasona 50/500mcg aerossol( 60 doses)

9- CID-10\*

J44.0

10- Diagnóstico

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

11- Anamnese\*

DISPNÉIA + TOSSE

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

☐ NÃO☐ SIM. Relatar:

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.

14- Nome do médico solicitante\*

Nome do responsável

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*

16- Data da solicitação\*

17- Assinatura e carimbo do médico\*

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante☐ Outro, informar nome: \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_☐ Branca  
☐ Preta  
☐ Parda

19- Raça/Cor/Etnia-Informado pelo paciente ou responsável\*

☐ Amarela☐ Indígena. Informar Etnia: \_\_\_\_\_☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

☐ CPF ou ☐ CNS

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

e-mail: [cadastroaltocustogama@gmail.com](mailto:cadastroaltocustogama@gmail.com)  
ou LIGAR do telefone fixo para: 160 opção 3