

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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	Formoterol 12 mcg + Budesonida 400 mcg pó inalante (60 doses)						
2	SALMETEROL/FLUTICASONA 50/500 mcg Aerossol (60 doses)						
3	Glicopirrônio 50 mcg cápsula com inalador (60 doses)						
4							
5							
6							

9- CID-10* J44.8 10- Diagnóstico Outras formas de DPOC

11- Anamnese* DISPNEIA + 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
Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* 17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitação*

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- 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
ou LIGAR do telefone fixo para: 160 opção 3