



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*

4- Nome da Mãe do Paciente*

5- Peso do paciente*

kg

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

Formoterol 6 mcg + Budesonida 200 mcg pó inalante (60 doses)

3

4

5

6

9- CID-10*

J 45

10- Diagnóstico

ASMA GRAVE

11- Anamnese*

Paciente com quadro de DISPNEIA+SIBÍLOS. Limitação do fluxo aéreo verificado pela espirometria.

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*

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

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

22- Correio eletrônico do paciente

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

e-mail: cadastroaltocustogama@gmail.com

ou LIGAR do telefone fixo para: 160 opção 3