

## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

SOLICITAÇÃO L	DE MEDICAMENTO(5)	
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE		
1-Número do CNES* 2- Nome do estabelecimento de saude solicitante  3- Nome completo do Paciente*  5-Peso do paciente*		
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		
2		
3		
4		
5		
6		
9- CID-10* 10- Diagnóstico		
11- Anamnese*		
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*  \[ \int \text{NÃO}  \text{SIM. Relatar:} \]		
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*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*  (16- Data da solicitação *  //		
18-CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Outro, informar nome:	Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante	
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*   20- Telefone(s) para contato do paciente   20- T		

<sup>\*</sup> CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO