

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*	2. Nome do Estabelecimento de Saúde Solicitante				
3.1 Nome civil completo do Paciente*					5. Peso do Paciente (Kg)*
3.2 Nome social do Paciente					6. Altura do Paciente (cm)*
4. Nome da Mãe do Paciente*					

7. Medicamentos*		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 na doença?*	
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o _____ Nome do Responsável qual poderá realizar a solicitação do medicamento	
14. Nome do médico solicitante*	17. Assinatura e carimbo do médico*
15. N° do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*	16. Data da Solicitação*

18. CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do Paciente <input type="checkbox"/> Responsável (Descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico Solicitante	
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF: _____	
19. Raça/Cor/Etnia informado pelo Paciente Responsável*	20. Telefone(s) para contato do paciente () ()
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda	
21. Número do documento do Paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS: _____	23. Assinatura do responsável pelo preenchimento*
22. Correio Eletrônico do paciente	