

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?*

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. N° 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 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	23. Assinatura do responsável pelo preenchimento*
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS: _____	
22. Correio Eletrônico do paciente	

***CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**