



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- 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						
2						
3						
4						
5						
6						

9- CID-10* _____

10- Diagnóstico _____

11- Anamnese* _____

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 Outros, Informa Nome: _____

e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

 Branca Preta Parda Amarela Indígena. Informa Etnia: _____

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 _____