



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

Table with 7 columns: 7- Medicamento(s)\*, 8- Quantidade solicitada\* (1º mês, 2º mês, 3º mês) and rows 1-5.

9- CID-10\* 10- Diagnóstico

11- Anamnese\*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?
SIM. Relatar:
NÃO

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
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
22- Correio eletrônico do paciente
23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO