



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Formulário de Solicitação do Aripiprazol

CID Principal: _____ CID Secundário _____		
Identificação do Estabelecimento de Saúde (solicitante)		
NOME DO ESTABELECIMENTO:		
CNES:		
Identificação do Paciente		
NOME DO PACIENTE:		
ENDEREÇO:		
CEP:	MUNICÍPIO:	UF:
CNS:	DATA DE NASCIMENTO: / /	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
NOME DA MÃE:		
TELEFONE:	CELULAR:	

Informações Complementares		
Diagnóstico		
† CID 10 - F20		
Motivo da solicitação:	† Efeito colateral <input type="checkbox"/>	† Falha terapêutica <input type="checkbox"/>
Antipsicóticos usados anteriormente: _____		
Qtdd. prescrita / mês	Medicamento	Qtdd. dispensada
	Aripiprazol 15mg - Comprimido	
	Aripiprazol 20mg - Comprimido	
	Aripiprazol 30mg - Comprimido	
Solicitação		
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		
CRM:	CPF:	CNS:
TELEFONE:		
DATA:	_____	
	Assinatura e Carimbo	
Autorização (para uso da SES)		
Data:	/ /	CNS / médico autorizador:
Carimbo:	CPF / médico autorizador:	
	Assinatura:	

RECIBO

Data:	/ /	Assinatura do paciente / responsável:	
-------	-----	---------------------------------------	--