



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO  
COMISSÃO DE FARMACOLOGIA

<b>LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO OU NUTRIÇÃO ENTERAL – POR PACIENTE</b>			
Tipo de solicitação: ( ) Nova ( ) Renovação			
<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>Laudo para Avaliação de Solicitação de Medicamento (Anexo IV) ou Nutrição Enteral (Anexo V)</b>	
		Os campos estão preenchidos de forma legível	
		Os campos estão preenchidos de forma completa	
		Possui as assinaturas do paciente, médico prescritor e diretor da Instituição	
<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>Receita de medicamento ou nutrição enteral</b>	
		Duas vias da receita médica	
		Foi elaborada em receituário institucional	
		Preenchida de forma legível	
		Nome completo do paciente	
		Possui especificação de "Uso Interno" ou "Uso externo"	
		Nome genérico sem códigos ou abreviaturas	
		Dosagem	
		Via de administração	
		Posologia	
		Duração total do tratamento	
		Nome do profissional prescritor	
		Nº de inscrição do prescritor no respectivo conselho regional	
		Assinatura do prescritor	
		Carimbo do prescritor	
		Data inferior a 30 dias	
		Endereço completo do local de trabalho do profissional	
		Profissional responsável pelo laudo é o mesmo da prescrição do receituário	
<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>Medicamento solicitado</b>	<b>Nutrição enteral solicitado</b>
		Está contemplado no elenco de medicamentos disponíveis no SUS	
		Medicamento sujeito a controle especial	
		Possui registro na ANVISA	
		Trata-se de fórmula para manipulação	
		É indicado para tratamento de doença crônica de uso ambulatorial	
		Trata-se de associação de substâncias que são disponibilizadas de maneira isolada pelo SUS	
<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>Documentos Pessoais</b>	
		Cópia do RG	
		Cópia do CPF	
		Cópia do CNS	
		Cópia do comprovante de residência com CEP	
<b>Pacientes menores de 18 anos:</b>			
		Cópia do CPF, RG ou certidão de nascimento do paciente	
		Cópia do CPF ou RG do responsável legal	
		Cópia do CNS do paciente	
		Cópia do comprovante de residência com CEP	
<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>Exames complementares</b>	
		Cópia dos exames complementares que justifiquem a necessidade do medicamento ou nutrição enteral solicitado	
<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SOMENTE PARA <u>RENOVAÇÃO</u> DA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO OU NUTRIÇÃO ENTERAL</b>	
		Cópia de exames comprobatórios do seguimento farmacoterapêutico realizado	