

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

1- Nome do Paciente _____

2- CNS _____

3- Nome do estabelecimento do médico solicitante _____

4- CNES _____

	5- Medicamento	6- Quantidade solicitada		
		1º mês	2º mês	3º mês
1				
2				
3				
4				
5				

JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)

7- Diagnóstico _____

8- CID-10 Principal _____

9- CID-10 Secundário _____

10- Anamnese _____

11- Alterações laboratoriais significativas _____

12- Tratamentos prévios _____

ATESTADO DE CAPACIDADE

13- 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 _____

15- Data da solicitação ____/____/____

16- Documento CPF CNS

17- N° documento _____

18- Assinatura e carimbo do médico _____

DADOS COMPLEMENTARES DO PACIENTE

19- Data de nascimento ____/____/____

20- Altura (m) _____

21- Peso (Kg) _____

22- Sexo Masc Fem

23- Município de residência/UF _____

24- Endereço _____

25- Telefone de contato _____

26- Nome da mãe ou responsável _____

27- Nome do profissional responsável pelo preenchimento _____

28- Data preenchimento ____/____/____

29- Documento CPF CNS

30- N° documento _____

31- Assinatura do responsável pelo preenchimento _____