

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*

1	2	3	4	5	8- Quantidade solicitada*		
					1º mês	2º mês	3º mês

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 _____

 Branca

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

 Amarela Preta Indígena. Informar Etnia: _____ Parda Sem informação

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