



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

Digitar manualmente Listar medicamentos	7. Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* _____	10- Diagnóstico _____
------------------	-----------------------

11- Anamnese* _____

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

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* Hoje	

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

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO