

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

REQUERIMENTO 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\*

4- Cartão SUS ou CPF (Paciente)

5- Nome completo da Mãe do Paciente \*

6- Peso KG

7- Altura Paciente

8- Medicamento(s)\*

9- Quantidade solicitada mensal\*

1

2

3

4

5

6

10-CID-10\*

11-Diagnóstico

12-Anamnese

13-Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença? \*

NÃO

SIM. RELATAR:

14-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

15- Nome do Médico Solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Médico

16- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*

16- Data da solicitação\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_