

SUSSistema
Único
De SaúdeSistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde Caso Novo Renovação 4ª Retirada Alteração**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO**CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE**

| | | | | | | | |
|---|--|---|------|---|-----------|---|--------|
| 1 – Número do CNES* | | 2 – Nome do Estabelecimento de saúde solicitante | | | | | |
| Número do CNS do Paciente* | | | | Número do CPF do Paciente* | | 5 – Peso* (kg) | |
| 3 – Nome Completo do Paciente* | | | | 6 – Altura* (m) | | | |
| 4 – Nome da Mãe do Paciente* | | | | Nascimento* | | | |
| Endereço* | | | | | Bairro* | | |
| Município* | | | CEP* | | Telefone* | | |
| 7 – Medicamento(s)* | | | | | | 8 – Quantidade Solicitada | |
| | | | | | | 1º mês | 2º mês |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 9 – CID-10* | | 10 – Diagnóstico* | | | | | |
| 11 – Anamnese* | | | | | | | |
| 12 – Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SIM, Relatar: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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? | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NÃO | | <input type="checkbox"/> 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 | | 17 – Assinatura e Carimbo do Médico | |
| 16 – Documento | | Nº do Documento | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS | | | | | | | |
| 18 – CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Paciente | | <input type="checkbox"/> Mãe do Paciente | | <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) | | <input type="checkbox"/> Médico Solicitante | |
| <input type="checkbox"/> Outro, Informar Nome: _____ | | | | e CPF: _____ | | | |
| 19 – Raça/Cor/Etnia informado pelo Paciente ou Responsável* | | | | Nome/Carimbo do Profissional responsável pelo preenchimento | | | |
| <input type="checkbox"/> Branca | | <input type="checkbox"/> Amarela | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Preta | | <input type="checkbox"/> Indígena. Informa Etnia: _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Parda | | <input type="checkbox"/> Sem informação | | | | | |
| AUTORIZAÇÃO (para uso da Farmácia de Méd. Especializados) | | | | | | | |
| Nome do Profissional Autorizador | | | | Data da Autorização | | Assinatura e Carimbo (Nº do Registro no Conselho) | |
| Documento | | | | Nº do Documento | | | |
| <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS | | | | | | | |
| Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): | | | | PERÍODO DE VALIDADE: | | | |
| | | | | ____/____/____ a ____/____/____ | | | |

* **CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**