OPÇÕES | Salvar como | Limpar todos os campos | Limpar dados do paciente | Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas | Buscar CNES

Melhor visualizado no programa "Acrobat Reader 8" ou versão posterior. Clique aqui para fazer o download.

SUS Sistema Único de Saúde

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

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*: 10510

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

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		1	1	1	1	1	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

22- Correio eletrônico do paciente:

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

*** CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**