



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* |        |        |        |        |        |
|--------------------|--|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                    |  | 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\*

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\*