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*

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*
( )R521 ( )R522

10- Diagnóstico
CID -10 SECUNDÁRIO ____ ____ ____ ____ (CID DA PATOLOGIA QUE DESENCADEOU A DOR)

11- Anamnese*
DOR SUPERIOR A 30 DIAS ( )SIM ( )NÃO
INTENSIDADE DA DOR (ESCALA EVA): ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10
SE OPIÓIDE, É REFRATÁRIO A OUTROS FÁRMACOS: ( )NÃO ( )SIM QUAIS:_____

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*

*** CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**