



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*

0019259

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

POLICLÍNICA MUNICIPAL DO CONTINENTE

3- Nome completo do Paciente*

FERNANDO SOARES DE MORAIS

5- Peso do paciente*

89.00

kg

4- Nome da Mãe do Paciente*

NILSE SOARES DE MORAIS

6- Altura do paciente*

171

cm

Digitar manualmente

7- Medicamento(s)*

8- Quantidade solicitada*

		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	Ustequinumabe 45 mg/0,5ml solução injetável (por seringa preenchida)	2			1		
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10*

I40.0

10- Diagnóstico

psoríase grave

11- Anamnese*

Paciente com lesões graves de Psoríase, Lesões couro cabeludo, face tronco, pernas, braços, pés, unhas, PASI 14, SCT 14, DLQI 15. *CSP anti-TNF por PPD reagente, CSP ciclosporina por infusão, CSP anti-TNF e anti-TNF por HLA reagente - avaliados por hepatologista.*

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

☐ NÃO☒ SIM. Relatar: CLOBETASOL, CALCIPOTRIOL E METOTREXATE**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*

ELAINE REGINA PERUGINI

17- Assinatura e carimbo do médico*

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

129788805210003

16- Data da solicitação*

Dra. Elaine R. Perugini
Dermatologista
CRM SC 14.463 / ROE 14.806

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

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