

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*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante		
3554503				
3- Nome completo do Paciente*		5- Peso do paciente*		
Claudete Teresinha Schwengler de Oliveira		10,6 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente*		6- Altura do paciente*		
Emelina dos Santos Schwengler		1,61 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	clonazepam 10mg	30	30	30
2				
3				
4				
5				
9- CID-10*		10- Diagnóstico		
F20.0		Esquizofrenia		
11- Anamnese*				
Paciente em acompanhamento médico psiquiátrico regular. Com sintomas psicóticos refratários. 8 meses de prognóstico e uso de clonazepam 10mg.				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
☒ SIM. Relatar: Risperidona, clonazepam, etc.				
☐ 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?				
☐ 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*				
Ionaria Lúcia Paes				
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*				
704603616788322				
16- Data da solicitação*				
15/04/22				
17- Assinatura e carimbo do médico*				
Ionaria L. Pacheco MÉDICA PSIQUIATRA CRM-SP 210618				
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