



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*

REJANE SOARES PEREIRA

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	Metadona 10 mg (comprimido)	90	90	90	90	90	90
2	Gabapentina 300 mg (cápsula)	120	120	120	120	120	120
3							
4							
5							
6							

9- CID-10*

R521

10- Diagnóstico

DOR CRONICA REFRATAVEL

11- Anamnese*

PACIENTE PORTADORA DE CA DE MAMA COM QUADRO DE DOR REFRATARIA
SECUNDÁRIA A IMPLANTES SECUNDARIOS EM TÓRAX E ABDOMEN

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*

GUSTAVO VELOSO LAGES

17- Assinatura e carimbo do médico*

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

980.0162.8352.1334

16- Data da solicitação*

25/07/2023

Hoje

18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante☐ Outro, informar nome: e CPF☐ 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

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

22- Correio eletrônico do paciente