



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*					
Maira da S. de Moura		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	Levetiracetam 750 g	90	90	90	90	90	90
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
G40		Epilipsia					
11- Anamnese*							
Epilipsia de origem controlada.							
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*							
☐ NÃO ☒ SIM. Relatar: Depakene.							
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							
14- Nome do médico solicitante*		Nome do responsável					
		DR. GUSTAVO de Almeida					
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*		17- Assinatura e carimbo do médico*					
		Médico responsável pelo atendimento em Neurologia CRM-PR 48828 CONIMS					
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*		20- Telefone(s) para contato do paciente					
☐ Branca ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: ☐ Parda							
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*					
☐ CPF ou ☐ CNS							
22- Correio eletrônico do paciente							

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO