

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* 4- Nome da Mãe do Paciente*			paciente* kg paciente*
7- Medicamento(s)*		ntidade solic	itada*
1 Sofosbuvir 400 mg / Ledipasvir 90 mg	1º mês	2º mês	3º mês
2			
3			
4			
5 CID-10* To- Diagnóstico			
9- CID-10* 10- Diagnóstico			
11- Anamnese* 12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* SIM. Relatar: 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* 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitação*			
Outro, informar nome: e CPF	rel (descrito no iten	a contato do pa	

^{*} CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO