



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*

3212270

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

CAIMI ADA RODRIGUES VIANA

3- Nome completo do Paciente*

RAIMUNDA BARBOSA VIANA

5- Peso do paciente*

55

kg

6- Altura do paciente*

156

cm

4- Nome da Mãe do Paciente*

ANTONIA MARIA CARVALHO

7- Medicamento(s)*

8- Quantidade solicitada*

1º mês

2º mês

3º mês

1 Rivastigmina 9 mg (adesivo transdérmico)

30

0

0

2 Rivastigmina 18 mg (adesivo transdérmico)

0

30

30

3

4

5

9- CID-10*

G300

10- Diagnóstico

DOENÇA DE ALZHEIMER

11- Anamnese*

PACIENTE COM ALZHEIMER EM FASE MODERADA, SINTOMA COMPORTAMENTAL E INTOLERÂNCIA AOS ANTICOLINESTERÁTICOS VIA ORAL

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*

SILENO DE QUEIROZ FORTES FILHO

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

980.016.286.231.809

16- Data da solicitação*

17- Assinatura e carimbo do médico*

Sileno de Queiroz Fortes Filho
Geriatra - Clínica Médica
CRM - AM 6149

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

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento

22- Correio eletrônico do paciente

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO