



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					
3- Nome completo do Paciente*		5-Peso do paciente* 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							
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
11- Anamnese*							
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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?							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento							
Nome do responsável							
14- Nome do médico solicitante*		17- Assinatura e carimbo do médico*					
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*		16- Data da solicitação*					
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante							
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: e CPF							
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*		20- Telefone(s) para contato do paciente					
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela							
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia:							
<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação							
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*					
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS							
22- Correio eletrônico do paciente							

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



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

#### AVALIAÇÃO TÉCNICA

1- Nome do Paciente \_\_\_\_\_

2- CNS

#### 3- Código(s)/ Medicamento(s)

1

2

3

4

5

4- CID-10 Principal

5- CID-10 Secundário

#### 6- DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

#### 7- DEVOLUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- ☐ Preenchimento incompleto ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5  
☐ Preenchimento incorreto ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5  
☐ Ausência de documentação ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5  
☐ Ausência de exame ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5  
☐ Outros ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

8- Especificação \_\_\_\_\_

#### 9- INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- ☐ CID-10 não padronizado  
☐ Medicamento não padronizado ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5  
☐ Não preenche critérios do PCDT ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5  
☐ Outros ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

10- Especificação \_\_\_\_\_

11- Nome do avaliador \_\_\_\_\_

12- Data da avaliação \_\_\_\_\_

15- Assinatura e carimbo do avaliador \_\_\_\_\_

13- Documento

☐ CPF ☐ CNS

14- Nº documento

#### AUTORIZAÇÃO

1- AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

☐ SIM ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

☐ NÃO ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

2- Especificação \_\_\_\_\_

3- Número da APAC \_\_\_\_\_

4- Vigência \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

5- Nome do autorizador \_\_\_\_\_

6- Data da autorização \_\_\_\_\_

9- Assinatura e carimbo do autorizador \_\_\_\_\_

7- Documento

☐ CPF ☐ CNS

8- Nº documento