



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* 0.000.434 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante IMIP

3- Nome completo do Paciente* AMERIA FLORINDA MENDES BONIFÁCIO 5-Peso do paciente* kg

4- Nome da Mãe do Paciente* JOSEFA MENDES NERY 6-Altura do paciente* cm

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	OSIMERTINIB 80 MG	30	30	30
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* C34 10- Diagnóstico ADENOCARCINOMA DE PULMAO

11- Anamnese* PACIENTE COM ADENOCARCINOMA DE PULMAO EGFR MUTADO COM MUTAÇÃO T790M.

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*
☒ SIM. Relatar: QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA E GEFTINIB
☐ 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* DRA. ANDREZZA LAYANE 17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitação* 07/02/2018

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