



**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\* **7111568** 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante **CAPS ADULTO SÉ**

3- Nome completo do Paciente\* **LUCAS PHELIPE TORRES**

4- Nome da Mãe do Paciente\* **REZILDA ALVES TORRES** 5-Peso do paciente\* **63** kg  
6-Altura do paciente\* **169** cm

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	Quetiapina 100mg	120	120	120	120	120	120
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10\* **F20.0** 10- Diagnóstico **ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

11- Anamnese\*  
Paciente com início de sintomas psicóticos aos 16 anos. Apresenta importante quadro de delírios paranoide, com delírios de que os pais estão tentando assassiná-lo. Apresenta embotamento afetivo, isolacionismo, comportamento agressivo, mutismo. Não respondeu aos medicamentos anteriores.

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*  
 NÃO  SIM. Relatar: HALOPERIDOL, RISPERIDONA, CLORPROMAZINA, OLANZAPINA, DIVALPROATO DE SÓDIO, CLONAZEPAM

13- Afestado 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\* **JOANA RODRIGUES MARCZYK**

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\* **704.2017.9850.9585** 16- Data da solicitação\* **22/06/2022**

17- Assinatura e carimbo do médico\*  
*Joana Marczyk*  
Médica Psiquiatra  
CREMESP 221524

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 **801.4404.3826.3621**

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\* \_\_\_\_\_

22- Correio eletrônico do paciente \_\_\_\_\_

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

