



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE _____ 4 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO _____ 7 - SEXO
 Masc. Fem.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 9 - TELEFONE DE CONTATO
 DDD _____ Nº DO TELEFONE _____

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____ 13 - UF _____ 14 - CEP _____

MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)

A	15 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO _____	16 - NOME DO MEDICAMENTO _____	17 - CID. PRINCIPAL _____	18 - CID. SECUNDÁRIO _____
B	19 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO _____	20 - NOME DO MEDICAMENTO _____	21 - CID. PRINCIPAL _____	22 - CID. SECUNDÁRIO _____
C	23 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO _____	24 - NOME DO MEDICAMENTO _____	25 - CID. PRINCIPAL _____	26 - CID. SECUNDÁRIO _____
D	27 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO _____	28 - NOME DO MEDICAMENTO _____	29 - CID. PRINCIPAL _____	30 - CID. SECUNDÁRIO _____
E	31 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO _____	32 - NOME DO MEDICAMENTO _____	33 - CID. PRINCIPAL _____	34 - CID. SECUNDÁRIO _____

DADOS COMPLEMENTARES

35 - Dados do Paciente		36 - Quantidade				
Peso (Kg) _____	Hemofilia	Inibidor	Medic	1º mês	2º mês	3º mês
Altura (m) _____	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Ausente	A			
Transplantado Qtd _____	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> < 5 UB	B			
Gestante _____	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> > ou = 5 UB	C			
			D			
			E			

JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)

38 - OBSERVAÇÕES _____

39 - Provas Diagnósticas (Anexar cópia dos exames) _____
 Inclusão Monitoramento

SOLICITAÇÃO

40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 41 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____ 44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) _____

42 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 43 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 46 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____ 51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

47 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 52 - PERÍODO DE VALIDADE _____
 a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

53 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 54 - CNES _____