



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3- NOME DO PACIENTE _____ CPF _____

4- Nº PRONTUÁRIO _____ 5- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 6- DATA NASCIMENTO _____ 7- SEXO _____
Masc. Fem.

8- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 9- TELEFONE DE CONTATO _____

10- ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

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

MEDICAMENTOS SOLICITADOS

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

DADOS COMPLEMENTARES

35- DADOS DO PACIENTE			36- QUANTIDADE			
Peso (kg) _____	Hemofilia	Inibidor	Medic.	1º mês	2º mês	3º mês
Altura _____	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Ausente	A			
Transplantado <input type="checkbox"/> Qtd _____	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> < 5 UB	B			
Gestante <input type="checkbox"/>	<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 SOLICITAÇÃO _____ 44- ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) _____

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

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

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

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

() CNS () CPF

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

/ / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

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