

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PEDRO LEOPOLDO
POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ANEXO I

**Laudo de Solicitação Avaliação e Autorização de Medicamento -
METILFENIDATO**

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

1 - Nome do Paciente		
2 - CNS		CPF
3 - Nome do Estabelecimento do Médico Solicitante		4 - CNES
5 - Medicamento		6 - Quantidade Solicitada
		1º mês 2º mês 3º mês

JUSTIFICATIVA DO MEDICAMENTO SOLICITADO

7 - Diagnóstico	8 - CID-10 Principal	9 - CID-10 Secundário
10 - Anamnese		
11 - Alterações Laboratoriais significativas		
12 - Tratamentos prévios		

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

13 - Declaro estar ciente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso deste medicamento para o tratamento TDAH, inclusive de que o mesmo só poderá ser utilizado por mim, orientado pelo médico psiquiatra / neurologista abaixo identificado, o qual tomará a responsabilidade pelo meu tratamento. Expresso, portanto, minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento e assumo os riscos por eventuais efeitos indesejáveis.

Assinatura do paciente ou Responsável Legal

14 - Nome do Médico Solicitante		15 - Data da Solicitação	18 - Assinatura e Carimbo do Médico
16 - Documento <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS	17 - Nº do Documento		

DADOS COMPLEMENTARES DO PACIENTE

19 - Data de Nascimento	20 - Altura (m)	21 - Peso (kg)	22 - Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	23 - Município de Residência / UF
24 - Endereço				Bairro
25 - Telefone de contato ()	26 - Nome da Mãe ou Responsável			
27 - Nome do Profissional responsável pelo preenchimento		28 - Data	31 - Assinatura do resp. pelo preenchimento	
29 - Documento <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS	30 - Nº do Documento			

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador		Data da autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)
Documento <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS	Nº do Documento		
Nº da Autorização		Período de Validade de ____/____/____ a ____/____/____	