Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

# COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

## LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO (S)

## AVALIAÇÃO TÉCNICA

1- Nome do Paciente

2- CNS

3- **Código(s)/ Medicamento(s)**

| | | |
|---|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

4- CID-10

### 5- DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

6- Observação

### 7- DEVOLUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

☐ Preenchimento incompleto ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
☐ Preenchimento incorreto ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
☐ Ausência de documentação ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
☐ Ausência de exame ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
☐ Outros ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

8- Especificação

### 9- INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

☐ CID-10 não padronizado
☐ Medicamento não padronizado ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
☐ Não preenche critérios do PCDT ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
☐ Outros ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

10- Especificação

11- Nome do avaliador

12- Data da avaliação / /

14- Assinatura e carimbo do avaliador

13- Número do documento do avaliador
☐ CPF ou ☐ CNS

## AUTORIZAÇÃO

1- AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.
☐ SIM ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
☐ NÃO ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

2- Especificação

3- Número da APAC

4- Vigência / / a / /

5- Nome do autorizador

6- Data da autorização / /

8- Assinatura e carimbo do autorizador

7- Número do documento do autorizador
☐ CPF ou ☐ CNS