

EXÉRCITO BRASILEIRO
5º RM
HOSPITAL GERAL DE CURITIBA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1. NOME COMPLETO DO PACIENTE:

2. NUMERO DO CARTÃO FUSEX

3. GRAU DE PARENTESCO

4. NOME COMPLETO DO TITULAR:

5. NUMERO DO CARTÃO FUSEX DO TITULAR

7. QUANTIDADE SOLICITADA

6. MEDICAMENTO(S)

1º MES

2º MES

3º MES

1

2

3

4

5

6

8. CID

9. DIAGNOSTICO

10. ANAMNESE

11. Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?

Sim.Relatar.

Não.

12. Atestado de Capacidade

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz. O paciente e considerado incapaz?

Não Sim

Indicar o nome do responsável que poderá realizar a solicitação do medicamento.

13. NOME DO SOLICITANTE OU RESPONSÁVEL

14. DATA DA SOLICITAÇÃO

Assinatura e carimbo do médico solicitante