PRÓ-Saúde TJDFT desde 1993

LAUDO MÉDICO PARA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PACIENTE (obrigatório):	MATRÍCULA:
NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR (obrigatório):	SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA:

ITENS	CID/ CID-10	TIPIFICAÇÃO DA PATOLOGIA, SE CRÔNICA (C), SE GRAVE (G), SE INCURÁVEL (I).	NOME DO MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO (Ex. comp., ampolas, ml)	DOSAGEM (Ex. 10 mg, etc)	POSOLOGIA (Ex. 1 comp. 2 x ao dia, 10 gotas ao dia, 1 ampola por dia)	PERÍODO DE UTILIZAÇÃO (Ex. uso contínuo, por x meses, etc)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

OBS. (Se necessário):_____

_____

_____

_____

Se os espaços forem insuficientes continuar em outro formulário

DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE O(S) MEDICAMENTO(S) ACIMA ENUMERADOS DESTINAM-SE AO TRATAMENTO DO PACIENTE SUPRA IDENTIFICADO, POR SER PORTADOR DE DOENÇA(S) CRÔNICA(S) E/OU GRAVE(S) E/OU INCURÁVEL(S).

_____, _____ DE _____ DE 201____

_____

ASSINATURA E CRM / CARIMBO DO MÉDICO

AUTORIZO A INSERÇÃO DA CID PELO MÉDICO ASSISTENTE.

_____, _____ DE _____ DE 201____.

_____

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

CAMPO OPCIONAL, CONFORME EXIGÊNCIA DO MÉDICO ASSISTENTE.