

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
ESPECIAIS – ALTO CUSTO

PRONTUÁRIO Nº	DATA:
CLÍNICA:	LEITO Nº
PACIENTE:	
MEDICAMENTO SOLICITADO:	
DIAGNÓSTICO:	
POSOLOGIA:	
PERÍODO DE TRATAMENTO EM DIAS:	
JUSTIFICATIVA:	

MÉDICO SOLICITANTE (NOME E CRM)		VISTO DO PRECEPTOR (NOME E CRM)	
FARMÁCIA		FATURAMENTO	
LIBERADO	☐	SIM	☐ NÃO
ASSINATURA FARMACÊUTICO		VISTO DO SETOR	

MEDICAMENTOS PADRONIZADOS QUE NECESSITAM DE LAUDO:

ALBUMINA HUMANA

*ALTEPLASE (Restrito a Hemodinâmica, UTI Médica e Cirúrgica/ Obrigatório Visto do Preceptor)

*DEXMEDETOMIDINA (Restrito ao Centro Cirúrgico e UTIs/ Obrigatório Visto do Preceptor)

FILGRASTIMA

ESTREPTOQUINASE

IMUNOGLOBULINA ANTI-RH, ANTILINFOCÍTICA e HUMANA

*RIVAROXABANA (Restrito ao serviço de Cirurgia Vascular/ Obrigatório Visto do Preceptor)

SERVOFLURANO

SURFACTANTE

TIROFIBANA