Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Formulário para Solicitação de Medicamentos -HAP

CID Principal: _____CID Secundário: _____

Nome do paciente:					
Endereço:					
CEP:		Município:		UF:	
Data de nascimento:					
Nome da mãe:					

Unidade solicitante:	
CNES:	

Número do prontuário do paciente na Unidade:												
CNS / paciente:												
Tipo de tratamento												

Medicamento	**Posologia**
□ bosentana	
□ sildenafila	
□ iloprost	

Exames	**Data**	**Resultado**
Ecocardiograma Bidimensional		
RX Tórax		
Prova de Função Pulmonar		
Tomografia de Alta Resolução		
Polissonografia/ Saturometria Noturna		
Angiotomografia de Tórax/Cintilografia Ventilação Perfusão		
Tomografia Helicoidal/ Angiorressonância		
Cateterismo Cardíaco		
FAN FR ANCA		
Anti-HIV		
TSH		
T3 T4		
PPF – BX reto		
TGO		
TGP		
Fundo de Olho		
T6MC		
Hemoglobina		
Leucócitos		
Plaquetas		

Data:	/ /	**CNS / médico responsável:**														
Carimbo		**CPF/médico responsável:**														
		_____ **Assinatura**														

RECIBO

Data:	/ /	**Assinatura do paciente / responsável:**	