

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Convênio: _____

Setor: () Emergência () Clínica médica () CTI () Centro cirúrgico

DADOS PARA PREENCHIMENTO

Apresentação do Medicamento (princípio ativo/ dose) :**Dados da prescrição do medicamento solicitado:**

Posologia:	Quantidade:
Indicação terapêutica:	

Dados do prescritor:

Assinatura Médico Assistente/CRM
Data:

Controle farmácia:

Data de dispensação:	Quantidade:
Lote:	Validade:
Farmacêutico responsável:	

**OBSERVAÇÕES : Uma única substância por formulário. / No máximo 5 ampolas por substância.
(portaria 344/98).**
