

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: _____

Data Nascimento: ____/____/____

Familiar: _____

Grau de parentesco: _____

Cole a etiqueta aqui

Eu _____, estou ciente de que o medicamento que estou entregando ao hospital Di Camp para tratamento do paciente acima identificado, não procede do processo de aquisição formal da instituição, portanto, responsabilizo-me pelas condições de armazenamento e transportes anteriores a esta data bem como reabastecimento do(s) medicamento(s) caso o mesmo(s) acabe(m). Também estou ciente de que o medicamento só poderá ser utilizado se as condições de armazenamento e validade estiverem em conformidade com os requisitos exigidos pelo setor de farmácia da unidade. Estou ciente ainda de que, caso o estoque do(s) medicamento(s) de origem da rede pública acabe durante o período de internação, é responsabilidade da família buscar o serviço de saúde de onde o paciente recebe o medicamento.

MOVIMENTAÇÃO	ITEM	LOTE	QUANTIDADE	VALIDADE
☐ Solicitação - Data: ____/____/____ ☐ Entrega - Data: ____/____/____ ☐ Devolução - Data: ____/____/____				
☐ Solicitação - Data: ____/____/____ ☐ Entrega - Data: ____/____/____ ☐ Devolução - Data: ____/____/____				
☐ Solicitação - Data: ____/____/____ ☐ Entrega - Data: ____/____/____ ☐ Devolução - Data: ____/____/____				
☐ Solicitação - Data: ____/____/____ ☐ Entrega - Data: ____/____/____ ☐ Devolução - Data: ____/____/____				
☐ Solicitação - Data: ____/____/____ ☐ Entrega - Data: ____/____/____ ☐ Devolução - Data: ____/____/____				
☐ Solicitação - Data: ____/____/____ ☐ Entrega - Data: ____/____/____ ☐ Devolução - Data: ____/____/____				
☐ Solicitação - Data: ____/____/____ ☐ Entrega - Data: ____/____/____ ☐ Devolução - Data: ____/____/____				
☐ Solicitação - Data: ____/____/____ ☐ Entrega - Data: ____/____/____ ☐ Devolução - Data: ____/____/____				
☐ Solicitação - Data: ____/____/____ ☐ Entrega - Data: ____/____/____ ☐ Devolução - Data: ____/____/____				
☐ Solicitação - Data: ____/____/____ ☐ Entrega - Data: ____/____/____ ☐ Devolução - Data: ____/____/____				
☐ Solicitação - Data: ____/____/____ ☐ Entrega - Data: ____/____/____ ☐ Devolução - Data: ____/____/____				
☐ Solicitação - Data: ____/____/____ ☐ Entrega - Data: ____/____/____ ☐ Devolução - Data: ____/____/____				
☐ Solicitação - Data: ____/____/____ ☐ Entrega - Data: ____/____/____ ☐ Devolução - Data: ____/____/____				
☐ Solicitação - Data: ____/____/____ ☐ Entrega - Data: ____/____/____ ☐ Devolução - Data: ____/____/____				

Quantos dias de acordo com a posologia atual o estoque será suficiente?

Checklist* satisfatório quanto às condições de uso ? () sim () não

Avaliar validade, integridade da embalagem, alterações físico-química

Concorda em deixar os medicamentos aos cuidados da enfermagem da unidade: () sim () não

Observações:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO/CARIMBO:

DATA: ____/____/____

Obs.: Caso o paciente receba alta e não leve seu medicamento, a enfermagem avisará a recepção para contato com o mesmo e/ou familiar. Os medicamentos que não forem retirados após 30 dias da alta do paciente, serão descartados pela enfermagem.

PARA PREENCHIMENTO DO ENFERMEIRO:

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____

Assinatura e carimbo do Farmacêutico