

PREFEITURA MUNICIPAL DE BENTO GONÇALVES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

EXCLUSIVO PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS E/OU ONCOLÓGICOS

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Peso (kg): _____ Telefone: _____

Doença principal: _____

Data do diagnóstico: _____ CID: _____

Doenças associadas: _____

Paciente está em cuidados paliativos e/ou oncológicos? () Sim () Não

Condição clínica do paciente: _____

Plano terapêutico atual: _____

Medicamento prescrito acima da quantidade mensal dispensada nas Farmácias Municipais:

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	QUANTIDADE MENSAL	JUSTIFICATIVA DA QUANTIDADE PRESCRITA (informar protocolo que fundamente a conduta)

OBS: Este formulário deverá ser renovado a cada 6 meses, para medicamentos de uso contínuo, e mensalmente para medicamentos controlados da Portaria 344/98.

Nome do prescriptor: _____ Telefone: _____

CRM: _____ UF: _____ Local de atendimento: _____

Assinatura do prescriptor

Data: ____/____/____

PREFEITURA MUNICIPAL DE BENTO GONÇALVES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

EXCLUSIVO PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS E/OU ONCOLÓGICOS

Quantidades máximas dispensadas por mês, mediante análise do formulário preenchido:

MEDICAMENTO	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL
Codeína 30mg + Paracetamol 500mg comprimido	60 comprimidos
Dipirona 500mg comprimido	240 comprimidos
Dipirona 500mg/ml gotas	20 frascos
Lactulose 667mg xarope 120ml (<i>incluindo encefalopatia hepática</i>)	15 frascos
Metoclopramida 10mg comprimido	90 comprimidos
Paracetamol 500mg comprimido	180 comprimidos

PARA PREENCHIMENTO PELA FARMÁCIA

() Autorizada a dispensação. Quantidade mensal: _____

() Negada a dispensação

Justificativa: _____

Nome do farmacêutico: _____ Telefone: _____

CRF: _____ UF: _____ Local de atendimento: _____

Assinatura

Data: ____/____/____