



PREFEITURA MUNICIPAL DE BENTO GONÇALVES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)
PRONTO ATENDIMENTO ZONA NORTE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)



Formulário para Avaliação de Solicitação de Medicamento

Adrenalina 1mg/mL - Solução injetável IV/IM/SC - Ampola 1mL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:

CPF:

Data de nascimento:

UBS:

Peso (kg):

Telefone:

Sexo: ()M ()F

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Doença principal:

Há quanto tempo:

CID:

Informações relevantes/exames complementares:

AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO

Descrever o atual plano terapêutico:



SMSCF1202402396



PREFEITURA MUNICIPAL DE BENTO GONÇALVES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)
PRONTO ATENDIMENTO ZONA NORTE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)



Informar como se dará o acompanhamento da resposta terapêutica e a frequência de avaliação:

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E MÉDICO SOLICITANTE

Instituição de saúde:

Telefone:

Município:

Nome do médico:

CRM:

UF:

SOBRE A ADMINISTRAÇÃO:

() Declaro estar plenamente ciente dos riscos e benefícios envolvidos no uso da medicação fora do ambiente hospitalar. Confirmando, também, que o paciente ou seu responsável foram cuidadosamente instruídos e estão capacitados para administrar o medicamento de forma segura e adequada quando necessário.

Assinatura e carimbo do prescritor

AVALIAÇÃO

() AUTORIZADA A DISPENSAÇÃO
() NEGADA A DISPENSAÇÃO

Data: ____/____/____

Justificativa e carimbo/assinatura do profissional:

