NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA

NÚMERO	

CID	

ATENÇÃO

"Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar"

"Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas"

1 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: _____ Nº. do Cadastro: _____

Endereço: _____

Especialidade: _____

C.P.F.: _____ C.R.M.nº: _____ UF: _____

Data: ____/____/_____ _____

Assinatura e Carimbo

2 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Telefone (se houver): _____

Endereço: _____

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

3 – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)

Nome: _____

Endereço: _____ Telefone (se houver): _____

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

4 – IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

Quantidade de comprimidos (em algarismos arábicos e por extenso): _____

Dose por Unidade Posológica (Ex.: 100mg): _____

Posologia: _____

Tempo de tratamento: _____

Outras orientações (se houver):_____

5 – DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO

Quantidade (Comprimidos.): _____ nº do lote: _____

Nome do Farmacêutico Dispensador: _____ CRF nº: _____

_____

Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico

Data: ____/____/_____

6- CARIMBO DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA (nome, endereço completo e telefone)

Identificação da Gráfica: nome, endereço, CNPJ e nº da autorização concedida pela Autoridade Sanitária competente.

(2 Vias) 1ª via: paciente; 2ª via: unidade pública dispensadora

DATA DE IMPRESSÃO DESTE RECEITUÁRIO: ____ / ____ / _____ (recomendável)