



FORMULÁRIO - Farmácia

VALIDAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Código: F.HABF. 147

Versão: 00

Elaboração: 10/04/2023

NOME DO PACIENTE: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ ATENDIMENTO: _____

LEITO _____ SETOR: _____ DATA DA INTERNAÇÃO ____/____/____

Informo que os medicamentos abaixo foram inspecionados e validados pela equipe de farmácia, estando aparentemente em boas condições de uso:

NOME COMERCIAL	NOME DA SUBSTÂNCIA	LOTE	VALIDADE	POSOLOGIA	QTD. VALIDADA	QTD ENTREGUE À ENFERMAGEM	DATA PARA PRÓXIMA REVALIDAÇÃO

OBS: _____

O armazenamento da medicação será na Farmácia Central. O(s) medicamento(s) irão no kit do paciente e o restante será devolvido ao paciente no ato da alta médica.

FARMÁCIA CLÍNICA

FARMACÊUTICO(A) PLANTONISTA

DATA DO DOCUMENTO: ____/____/____