



FORMULÁRIO - Farmácia

TERMO DE RECUSA DE MEDICAMENTO DO PACIENTE

Código: F.HABF.148

Versão: 00

Elaboração: 10/04/2023

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ ATENDIMENTO: _____

NOME DA MÃE: _____

LEITO _____ SETOR: _____

Eu, _____, portador do CPF, _____ declaro que estou ciente que o(s) medicamento(s)

_____ por mim espontaneamente adquiridos, estão prescritos como medicamento do paciente e devem ser utilizados durante o período em que estiverem prescritos. Declaro ainda que NÃO AUTORIZO A ENTREGA desse(s) medicamento(s) à Farmácia Clínica do Hospital Antônio Bezerra de Faria.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente

Assinatura do Farmacêutico(a)

Caso não seja o próprio paciente:

Responsável (Nome legível): _____

Grau de parentesco: _____