



FORMULÁRIO – Farmácia

TERMO DE CONSENTIMENTO DE MEDICAMENTO DO PACIENTE

Código: F.HABF.150

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 serão utilizados durante o período em que estiverem prescritos. Declaro ainda que estou entregando esse(s) medicamento(s) à farmácia clínica do Hospital Antônio Bezerra de Faria, estando ciente de que será possível o acompanhamento e administração segura dos medicamentos.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente

Assinatura do Farmacêutico(a)

Caso não seja o próprio paciente:

Responsável (Nome legível): _____

Grau de parentesco: _____