



FORMULÁRIO – FARMÁCIA

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO

Código: F.HEC.213

Versão: 01

Revisão: 22/08/2023

Identificação do paciente:

Nome: _____

Registro de atendimento: _____

Leito: _____

Unidade: _____

Data da solicitação: ____/____/____

Princípio ativo do medicamento solicitado: _____

Concentração: _____ Forma farmacêutica: _____

Via de administração: _____ Dose diária: _____

Paciente faz uso contínuo: Sim [] Não [] Tempo de tratamento: _____

Justifique detalhadamente o motivo da escolha do medicamento não padronizado:

Assinatura e carimbo do médico

Autorização da diretoria técnica/gerência de suprimentos

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA

Data e horário do recebimento da solicitação: ____/____/____ às ____:____ horas

Responsável pelo recebimento: _____

Quantidade do medicamento em estoque: _____

Opção de medicamento padrão para substituição: _____

Substituição autorizada pelo médico? _____

Urgência no atendimento do medicamento não padrão? _____

Desfecho da solicitação: _____

Assinatura e carimbo do farmacêutico

Observação: o formulário deve ser devolvido ao farmacêutico após preenchimento das informações do serviço de compras.

