



Formulário para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos

Secretaria Municipal de Saúde de Telêmaco Borba- PR

Departamento de Assistência Farmacêutica

1. Identificação do local de atendimento (UBS, UPA, Especialidades, etc.)

Local de Atendimento:

2. Identificação do Paciente:

Nome Completo:

Endereço:

Data de Nascimento:

Telefone:

3. Informação sobre a doença:

CID 10:

Diagnóstico:

Anamnese/histórico Clínico/ exames/justificativa clínica/tratamentos prévios com outros medicamentos:

4. Tratamento Medicamentoso Solicitado:

Denominação Genérica:

Via de Administração/ Posologia e Duração do Tratamento:

5. Identificação do Profissional Solicitante (carimbo, assinatura e data da solicitação)