

ANEXO VI

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA

Notificação de Receita de Talidomida			“Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar” “Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas”
UF	NÚMERO		
CID			

1 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO			
Nome: _____		Nº. do Cadastro: _____	
End.: _____			
Especialidade: _____			
C.P.F.: _____		C.R.M.: nº: _____	UF: _____
Data: _____			
Assinatura e Carimbo			

2 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome: _____			
Data de Nascimento: _____		Sexo: _____	Telefone (se houver): _____
Endereço: _____			
Documento Oficial de Identificação nº: _____		Órgão emissor: _____	

3 – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)			
Nome: _____			
Endereço: _____		Telefone (se houver): _____	
Documento Oficial de Identificação nº: _____		Órgão emissor: _____	

4 – IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO			
Quantidade de comprimidos (em algarismos arábicos e por extenso): _____			
Dose por Unidade Posológica: (Ex.: 100mg) _____			
Posologia: _____			
Tempo de tratamento: _____			
Outras orientações (se houver): _____			

5 – DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO			
Quantidade (Comprimidos.): _____		nº do lote: _____	
Nome do Farmacêutico Dispensador: _____		CRF nº: _____	
_____ Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico			
_____ Data			

6- CARIMBO DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA (nome, endereço completo e telefone)
--

Identificação da Gráfica: nome, endereço, CNPJ e nº da autorização concedido pela Autoridade Sanitária Competente.

(2 Vias) 1ª via: paciente; 2ª via: unidade pública dispensadora