

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: _____	N.º do Cadastro: _____
End.: _____	
Especialidade: _____	
C.P.F.: _____	C.R.M.: n.º: _____ UF: _____
Data: _____	
Assinatura e Carimbo	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: _____	
Data de Nascimento: _____	Sexo: _____ Telefone (se houver): _____
Endereço: _____	
Documento Oficial de Identificação n.º: _____	Órgão emissor: _____

3 – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)	
Nome: _____	
Endereço: _____	Telefone (se houver): _____
Documento Oficial de Identificação n.º: _____	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.): _____	n.º do lote: _____
Nome do Farmacêutico Dispensador: _____	CRF n.º: _____
_____ 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 n.º da autorização concedido pela Autoridade Sanitária Competente.

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