SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA REMÉDIO EM CASA

Prescrição Nº: _____ Prontuário: _____

Nome: _____ CPF: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CNS: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Telefone: _____

Endereço de entrega: _____

Nº: _____ Compl: _____ CEP: |__|__|__|__|__|-|__|__|__|

|__| Diabetes |__| Dislipidemia |__| Hipertensão |__| Hipotireoidismo

Dados de diagnóstico e acompanhamento devem estar registrados em prontuário

MEDICAMENTO (cp) / PERÍODO	MANHÃ		TARDE		NOITE	
Ácido Acetilsalicílico 100 mg						
Sinvastatina 10 mg						
Sinvastatina 20 mg						
Sinvastatina 40 mg						
Levotiroxina 25 mcg						
Levotiroxina 50 mcg						
Levotiroxina 100 mcg						
Metformina 500 mg						
Metformina 850 mg						
Gliclazida 60 mg (liberação modificada)		☐½				
Atenolol 50 mg		☐½		☐½		☐½
Anlodipino 5 mg		☐½		☐½		☐½
Anlodipino 10 mg						
Captopril 25 mg		☐½		☐½		☐½
Hidroclorotiazida 25 mg		☐½		☐½		☐½
Enalapril 5 mg						
Enalapril 20 mg						
Losartana 50 mg						
Nifedipino 20 mg						
Propanolol 40 mg						

Data: _____/_____/_____

1ª via – Paciente
2ª via – Unidade de Saúde/Prontuário

_____
Assinatura Médico – Nome e CRM/Carimbo

Versão: maio/2023

ANOTAÇÕES DE RETORNOS
AVALIAÇÃO EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Data: _____/_____/_____

AVALIAÇÃO:

|__| Grupo

|__| Individual

RESULTADO DA AVALIAÇÃO

|__| Em condições estáveis e controladas

Nº da Prescrição / Renovação: _____

Incluído por: _____

Data de retorno: _____/_____/_____

Liberado por: _____

|__| Agendada avaliação clínica por não estar em condições estáveis controladas

Data: _____/_____/_____

_____
Assinatura – Nome e Nº do Conselho/Carimbo

IMPORTANTE

1- Orientar o (a) paciente quanto ao retorno (agendar e informar data/horário)

2- Caso não receba os medicamentos após 10 dias úteis deverá retornar à Unidade de Saúde para que esta tome as providências necessárias

Versão: maio/2023