

# DECLARAÇÃO DE SERVIÇO FARMACÊUTICO



## SERVIÇO:

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## DADOS DO MEDICAMENTO MINISTRADO

Medicamento: \_\_\_\_\_ Via Adm: \_\_\_\_\_

Denominação comum brasileira: \_\_\_\_\_

Validade: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_ Concentração: \_\_\_\_\_ Reg. ANVISA: \_\_\_\_\_

Prescritor: \_\_\_\_\_ CRM-UF: \_\_\_\_\_

## INSTRUÇÕES: ESTE PROCEDIMENTO NÃO TEM FINALIDADE DE DIAGNÓSTICO E NÃO SUBSTITUI A CONSULTA MÉDICA OU A REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Valor P.A. mm/hg: \_\_\_\_\_ Valor de glicemia mg/dl: \_\_\_\_\_

Valores desejáveis: inferior a 130/85 mm/hg (Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia)

Perfuração de lóbulo de orelha: ( ) Lado direito ( ) Lado esquerdo Valor de temperatura corporal (°C): \_\_\_\_\_

Paciente ou representante legal: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Farmacêutico responsável (CRF/UF): \_\_\_\_\_

## DADOS DO ESTABELECIMENTO (DROGARIA/FARMÁCIA)

Nome: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Obs: Solicitamos aprovação da VISA de referência.

Corte aqui

Corte aqui

# DECLARAÇÃO DE SERVIÇO FARMACÊUTICO



## SERVIÇO:

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## DADOS DO MEDICAMENTO MINISTRADO

Medicamento: \_\_\_\_\_ Via Adm: \_\_\_\_\_

Denominação comum brasileira: \_\_\_\_\_

Validade: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_ Concentração: \_\_\_\_\_ Reg. ANVISA: \_\_\_\_\_

Prescritor: \_\_\_\_\_ CRM-UF: \_\_\_\_\_

## INSTRUÇÕES: ESTE PROCEDIMENTO NÃO TEM FINALIDADE DE DIAGNÓSTICO E NÃO SUBSTITUI A CONSULTA MÉDICA OU A REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Valor P.A. mm/hg: \_\_\_\_\_ Valor de glicemia mg/dl: \_\_\_\_\_

Valores desejáveis: inferior a 130/85 mm/hg (Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia)

Perfuração de lóbulo de orelha: ( ) Lado direito ( ) Lado esquerdo Valor de temperatura corporal (°C): \_\_\_\_\_

Paciente ou representante legal: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Farmacêutico responsável (CRF/UF): \_\_\_\_\_

## DADOS DO ESTABELECIMENTO (DROGARIA/FARMÁCIA)

Nome: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Obs: Solicitamos aprovação da VISA de referência.