

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO

Número da APAC Vigência _____ a _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente CNS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

Nome do estabelecimento CNES

DISPENSAÇÃO

1º MÊS

Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega

Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:

Armazenagem Interação com medicamentos e alimentação
 Administração Efeitos adversos Situações especiais (idade, gestação...)

CNS do Farmacêutico Responsável

Assinatura/carimbo do Farmacêutico Responsável

Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento.

paciente responsável representante

Assinatura

2º MÊS

Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega

Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:

Armazenagem Interação com medicamentos e alimentação
 Administração Efeitos adversos Situações especiais (idade, gestação...)

CNS do Farmacêutico Responsável

Assinatura/carimbo do Farmacêutico Responsável

Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento.

paciente responsável representante

Assinatura

3º MÊS

Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega

Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:

Armazenagem Interação com medicamentos e alimentação
 Administração Efeitos adversos Situações especiais (idade, gestação...)

CNS do Farmacêutico Responsável

Assinatura/carimbo do Farmacêutico Responsável

Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento.

paciente responsável representante

Assinatura