



# **FORMULÁRIO - FARMÁCIA**

## **RECOLHIMENTO DE MEDICAMENTO DO PACIENTE**

Código: FOR.HC.FARM.016

Versão: 002

Página: 1 de 1

Campo Largo, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ (acompanhante), venho por meio deste termo autorizar o setor de Farmácia do Hospital do Centro a armazenar o(s) medicamento(s) do paciente: \_\_\_\_\_ atendimento: \_\_\_\_\_ setor: \_\_\_\_\_

que não é (são) padronizado (s) nesta instituição durante a permanência hospitalar.

Estes medicamentos ficarão sob a responsabilidade da farmácia durante a permanência do paciente no hospital, e serão administrados pela equipe de enfermagem, conforme prescrição médica.

Estou ciente que devo providenciar a reposição do (s) medicamento (s) de uso contínuo, abaixo relacionado (s), durante o período de permanência hospitalar e que na alta médica, posso retirar os mesmos junto à farmácia. Caso não seja retirado na alta hospitalar, poderá ser retirado em um prazo máximo de 60 dias a partir da data de alta.

## **Relação de Medicamentos**

Responsável pela entrega

Telefone:

### **Responsável pelo recebimento**

Matrícula:

## ETIQUETA DO PACIENTE

Data da alta hospitalar: \_\_\_\_\_

Responsável pela retirada: \_\_\_\_\_