

 HOSPITAL DO CENTRO <i>Sempre cuidando de você!</i>	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					
Nome genérico	Nome Comercial	Lote	Validade	Quantidade Recebida	Quantidade Devolvida

Responsável pela entrega
Telefone: _____

Responsável pelo recebimento
Matrícula: _____

ETIQUETA DO PACIENTE

Data da alta hospitalar: _____
Responsável pela retirada: _____