



FORMULÁRIO - FARMÁCIA
INCLUSÃO/ EXCLUSÃO PARA PADRONIZAÇÃO

Código: FOR.HC.FARM.030

Versão: 002

Página: 1 de 1

1 - Campos a serem preenchidos pelo solicitante:Tipo de solicitação: Inclusão Exclusão Data: ____ / ____ / ____

Nome do solicitante: _____ Setor: _____

Medicamento/Material: _____

Nome genérico: _____

Dosagem: _____ Forma farmacêutica: _____ Consumo mensal: _____

Em substituição à: _____

Indicação Terapêutica: _____

Produto Testado: _____

Lote: _____ Validade: _____ Setor: _____

Justificativa para inclusão ou exclusão:

Observação: Anexar cópia de trabalho científico referente ao produto.

Assinatura e carimbo do solicitante: _____ Ao serviço da farmácia em: ____ / ____ / ____

2 – Campos a serem preenchidos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica:Parecer da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

_____Padronizar: Sim Não

Assinatura e carimbo Comissão de Padronização

Data: ____ / ____ / ____

3 – Campos a serem preenchidos pelo Compras:

Ao serviço de compras em: ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo compras: _____