

RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO - COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Número da APAC

Vigência / / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente

CNS

Nome Social

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