

Sistema de Gestão da Qualidade
RECEITUÁRIO INTERNO DE MEDICAMENTO SUJEITO A
CONTROLE ESPECIAL – CENTRO CIRÚRGICO



GOVERNO
DE GOIÁS
SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE
SUS+

CRER

Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Aviso de Cirurgia: _____ Data: ____/____/____

Psicobox: _____ Lacre Retirada: _____ Lacre Devolução: _____

ACRÉSCIMOS					
DESCRIÇÃO			QUANTIDADE		
Enviado	Piscobox	Extra	Anestesista	Anestesista	Anestesia/ Enfermeira
Nome do Medicamento	Padrão	Retirado Farmácia Satélite	Utilizado Ampola/ Frasco	Descartado ML	Testemunha descarte (Assinatura/carimbo)
Cetamina-S sol.inj. 2ml	1				
Dexmedetomidina 100mcg/ml 2ml	1				
Diazepam 10 mg amp	ACM				
Etomidato 2 mg/mL 10mL amp	ACM				
Fentanil 0,05 mg/ ml 5 ml amp	ACM				
Fentanil 0,05 mg/ ml 10 ml amp	1				
Flumazenil 0,5 mg/ 5 ml amp	ACM				
Midazolam 15 mg/ 3 ml amp	1				
Midazolam sol.oral 2mg/ml 10ml fr	ACM				
Morfina 0,2 mg/1 ml raqui	1				
Morfina 2 mg/2ml amp	ACM				
Morfina 10 mg/1mL amp	1				
Naloxona 0,4 mg/ 1 ml amp	ACM				
Propofol 1% 200 mg 20 ml	2				
Remifentanil 2 mg fr/amp	1				
Sufentanila 50 mcg/ 1ml amp	1				
Tramadol 100 mg/ 2 ml amp	ACM				

**** Informar quantidade de Sevoflurano sol. Inalatória 250ml utilizada**

Assinatura Anestesista/Retirada: _____	Assinatura Farmácia/Retirada: _____
Assinatura Anestesista/Devolução: _____	Assinatura Farmácia/Devolução: _____

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 027-16 p. 1/2	Supervisão de Farmácia	Pasta específica / SUFARH	Por data	2 anos	Reciclagem