

 Hospital de Santo Antônio da Patrulha <i>Sistema de Saúde Vila Nova</i>	FORMULÁRIO	Nº 005
	Termo de Validação de Medicamento Extra-Hospitalar	Emissão: 13/10/2022

Eu, _____ estou ciente de que o medicamento que estou trazendo para uso no ambiente Hospitalar, não é de procedência conhecida do mesmo e me responsabilizo pelas condições de armazenamento e transporte anterior a esta data. Estou ciente de que o medicamento só poderá ser utilizado se estas estiverem em conformidade. Concordo que os medicamentos fiquem sob responsabilidade da equipe de enfermagem, conforme política da instituição.

MEDICAMENTOS

Apresentação Comercial	Nome Genérico	Dosagem	Quant.	Lote/ Validade	Refrigerado (S) ou (N)

Assinatura do paciente/Responsável

PREENCHIMENTO DO FARMACÊUTICO

- Foi possível identificar todos os medicamentos?

() Sim () Não

- Há Medicamentos Dispensados via Secretária da Saúde?

() Sim () Não

- Todos os Medicamentos foram validados?

() Sim () Não Se não, descreva o medicamento e Motivo da Não validação

Devolvido para: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Farmacêutico

