



Superintendência da Região Sul de Saúde
Diretoria do Hospital Regional do Gama
Gerencia de Assistência Multidisciplinar e Apoio
Diagnóstico
Núcleo de Farmácia Clínica

FORMULÁRIO DE DISPENSAÇÃO DE TROMBOLÍTICOS

NOME DO PACIENTE:		
NÚMERO SES:	TELEFONE:	
CID 10:		
MEDICAMENTO:	POSOLOGIA:	
MEDICAMENTOS PADRONIZADOS		
CÓDIGO MS	MEDICAMENTO	CÓDIGO SES
06.03.05.006-9	ALTEPLASE INJETÁVEL 50MG	90980
06.03.05.008-5	TENECTEPLASE INJETÁVEL - TNK 40MG	90134
MÉDICO(A) SOLICITANTE:	DATA:	CRM:
OBSERVAÇÕES: É obrigatório o preenchimento de todos os campos para a liberação do medicamento pelo Núcleo de Farmácia Hospitalar/HRG e reposição da cautela para o Pronto Socorro.		