



PREFEITURA DA ESTÂNCIA HIDROMINERAL DE POÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Instituto Alpha de Medicina para Saúde



Tipo do Documento	FORMULÁRIO MEDICAMENTOS - USO RESTRITO	FARMÁCIA	
Título do Documento	DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO	Emissão: 03/07/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 03/07/2025

1. Solicitação:

Nome do paciente:	RG:
Unidade Assistencial:	Leito:

2. Apresentação do Medicamento:

- () Albumina 20%
() Alteplase 50 mg
() Outro: _____

3. Dados da prescrição do medicamento solicitado:

Posologia:	Duração do Tratamento:
Indicação Terapêutica do medicamento solicitado:	
Justificativa:	

4. Dados do prescritor:

Assinatura Médico(a) e CRM:	Assinatura da Enfermeria(o) e COREN:
Data:	Data: