

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO

Número da APAC

Vigência / / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente

CNS

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: <input type="checkbox"/> Armazenagem <input type="checkbox"/> Interação com medicamentos e alimentação <input type="checkbox"/> Administração <input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Situações especiais (idade, gestação...)	Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento. <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> responsável <input type="checkbox"/> representante		
CNS do Farmacêutico Responsável <input type="text"/> Assinatura/carimbo do Farmacêutico Responsável <input type="text"/>	Assinatura <input type="text"/>		

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: <input type="checkbox"/> Armazenagem <input type="checkbox"/> Interação com medicamentos e alimentação <input type="checkbox"/> Administração <input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Situações especiais (idade, gestação...)	Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento. <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> responsável <input type="checkbox"/> representante		
CNS do Farmacêutico Responsável <input type="text"/> Assinatura/carimbo do Farmacêutico Responsável <input type="text"/>	Assinatura <input type="text"/>		

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: <input type="checkbox"/> Armazenagem <input type="checkbox"/> Interação com medicamentos e alimentação <input type="checkbox"/> Administração <input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Situações especiais (idade, gestação...)	Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento. <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> responsável <input type="checkbox"/> representante		
CNS do Farmacêutico Responsável <input type="text"/> Assinatura/carimbo do Farmacêutico Responsável <input type="text"/>	Assinatura <input type="text"/>		