



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
QUESTIONÁRIO TÉCNICO PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS



Nome: _____		Data: ____ / ____ / ____	
Patologia alvo: _____		CID: _____	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS:			
Nome comercial		Composição química	
Quais os tratamentos já realizados para a patologia em questão?			
medicamento	posologia	duração	resultado
Existe medicamentos padronizados na rede para tratamento desta patologia? <span style="float: right;">sim ( )   não ( )</span>			
Em caso afirmativo, justificar a não utilização dos mesmos:			
Em caso negativo justifique a sua prescrição:			
Carimbo e assinatura: _____			
[ ] continua no verso			



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
QUESTIONÁRIO TÉCNICO PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS



Nome: _____		Data: ____ / ____ / ____	
Patologia alvo: _____		CID: _____	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS:			
Nome comercial		Composição química	
Quais os tratamentos já realizados para a patologia em questão?			
medicamento	posologia	duração	resultado
Existe medicamentos padronizados na rede para tratamento desta patologia? <span style="float: right;">sim ( )   não ( )</span>			
Em caso afirmativo, justificar a não utilização dos mesmos:			
Em caso negativo justifique a sua prescrição:			
Carimbo e assinatura: _____			
[ ] continua no verso			