

APÊNDICE VII – Questionário Técnico para Prescrição de Medicamentos do Protocolo complementar da Assistência Farmacêutica (AF)

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?	Sim ()	Não ()
Em caso afirmativo, justificar a não utilização dos mesmos:		
Em caso negativo, justifique a sua prescrição:		

Assinatura e carimbo:

