

ANEXO VI – Questionário técnico para prescrição de medicamentos do protocolo complementar da Assistência Farmacêutica (AF)

 PREFEITURA DE ARAUCÁRIA SAÚDE PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE QUESTIONÁRIO TÉCNICO PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DO PROTOCOLO COMPLEMENTAR DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA			
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:			
Carimbo e assinatura:			
[] continua no verso			