

ANEXO III - QUESTIONÁRIO TÉCNICO PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		 SMSA 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			