ANEXO VI

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA

Notificação de Receita de Talidomida **UF** **NÚMERO** **CID**	ATENÇÃO	**"Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar"** **"Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas"**

1 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: _____ Nº. do Cadastro: _____

End.: _____

Especialidade: _____

C.P.F.: _____ C.R.M.: nº: _____ UF: _____

Data: _____ _____

Assinatura e Carimbo

2 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Telefone (se houver): _____

Endereço: _____

Documento Oficial de Identificação nº: _____ Órgão emissor: _____

3 – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)

Nome: _____

Endereço: _____ Telefone (se houver): _____

Documento Oficial de Identificação nº: _____ Órgão emissor: _____

4 – IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

Quantidade de comprimidos (em algarismos arábicos e por extenso):

Dose por Unidade Posológica: (Ex.: 100mg)

Posologia:

Tempo de tratamento:

Outras orientações (se houver):

5 – DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO

Quantidade (Comprimidos.): _____ nº do lote: _____

Nome do Farmacêutico Dispensador: _____ CRF nº: _____

_____

Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico

_____

Data

6- CARIMBO DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA (nome, endereço completo e telefone)

Identificação da Gráfica: nome, endereço, CNPJ e nº da a

(2 Vias) 1ª via: paciente; 2ª via: unidade pública d