

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA		 ATENÇÃO “Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar” “Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas”
NÚMERO		
CID		

1 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO			
Nome: _____		Nº. do Cadastro: _____	
Endereço: _____			
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: _____			
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____			

3 – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)			
Nome: _____			
Endereço: _____		Telefone (se houver): _____	
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____			

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 autorização concedida pela Autoridade Sanitária competente.

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

DATA DE IMPRESSÃO DESTE RECEITUÁRIO: ____ / ____ / ____ (recomendável)