

 	Formulário HCFMUSP	SFARM-FOR-DSF-002-V02
	InCor – Serviço de Farmácia	Vigência: 19/01/2026
Processo	Formulário Relatório de Ocorrência	

ETIQUETA DO PACIENTE

Data: ____/____/____

Horário: ____:____

Medicamento solicitado: _____

Motivo:

- Contaminação
- Diluição incorreta
- Medicamento não encontrado no setor
- Paciente transferido e o medicamento não foi encontrado na unidade de origem
- Quebra ou queda
- Queixa técnica
- Outros, descrever a ocorrência:

Solicitar a ciência do enfermeiro(a) quando tratar-se de um medicamento da Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998 (psicotrópico), não padrão ou alto custo.

Técnico(a) de Enfermagem
(carimbo e assinatura)

Enfermeiro(a)
(carimbo e assinatura)

Farmácia da Internação (atendimento)

Medicamento atendido: _____

Data: ____/____/____

Horário: ____:____

Medicamento protocolado? sim não (se a resposta for sim anexar o protocolo)

Responsável pelo atendimento
(nome legível)

ELABORADO POR: Nome: Dr Gustavo Santos Setor: Serviço de Farmácia	VERIFICADO POR: Nome: Dra. Andrea Bori Setor: Serviço de Farmácia	APROVADO POR: Nome: Dra. Ana Lúcia Camargo Setor: Diretoria Técnico Sv Farmácia
---	---	---