



**INSTITUTO DO CORAÇÃO HCFMUSP
SERVIÇO DE FARMÁCIA INCOR**



Formulário de verificação de medicamentos trazidos pelo paciente

Vigência: 05/05/2026

Nome:	Setor:
Data Nascimento:	Leito:
RGHC:	Provedor:

Declaro estar ciente e concordar com as seguintes condições para utilização de medicamento pessoal trazido por mim para ser administrado durante minha permanência neste hospital:

1- Responsabilidade sobre origem e condições de armazenamento:

Assumo total responsabilidade pelas informações fornecidas à Equipe de Saúde do InCor sobre as condições de aquisição, guarda e armazenamento do medicamento em meu domicílio, bem como sobre o fato de tê-lo trazido para uso durante minha internação.

2 - Conformidade com prescrição médica:

Declaro que os medicamentos apresentados são os mesmos prescritos anteriormente pelo meu médico assistente, encontram-se dentro do prazo de validade, estou ciente que serão administrados somente mediante prescrição médica registrada em meu prontuário, enquanto estiver sob internação hospitalar, conforme normas institucionais.

3 - Validação pelo Serviço de Farmácia:

Estou ciente de que o(s) medicamento(s) trazido(s) por mim será(ão) analisado(s), conferido(s) e validado(s) pela Farmácia do hospital, que avaliará a conformidade, integridade, identificação, validade e condições de conservação antes de sua liberação para uso e o excedente será devolvido na alta hospitalar.

4 - Administração sob responsabilidade da Enfermagem:

Comprometo-me a não realizar por conta própria a ingestão ou administração de qualquer medicamento, incluindo aqueles por mim fornecidos. Reconheço que a administração ocorrerá exclusivamente pela Equipe de Enfermagem, seguindo o horário, dose e via prescritos pelo médico e/ou validados e acompanhado pela Farmácia, armanezado no carro a beira leito do paciente.

5 - Adesão às diretrizes de segurança:

Declaro que li, compreendi e concordo integralmente com todos os termos acima descritos, comprometendo-me a seguir as orientações e diretrizes estabelecidas pela instituição para garantir o uso seguro do medicamento durante meu tratamento hospitalar. Comprometo-me a colaborar com a equipe, sinalizando a necessidade de devolução de qualquer excedente do medicamento por ocasião da minha alta hospitalar.

Medicamentos Validados

Nome Comercial	Princípio Ativo	Dose	Apresentação	Quantidade	Lote/validade

São Paulo, ____ de _____ de 2026

Farmacêutico(a): _____

Enfermeiro(a): _____

Paciente/responsável: _____

Grau de parentesco: _____ CPF: _____