

	Formulário HCFMUSP	SFARM-FOR-FPI-012-V01
	InCor – Serviço de Farmácia	Data da Revisão: 02/07/2019
Processos	Justificativa para Uso de Medicamento de Alto Custo	Próxima Revisão: 02/07/2021

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS – FMUSP
INSTITUTO DO CORAÇÃO
SERVIÇO DE FARMÁCIA**

JUSTIFICATIVA PARA USO DE MEDICAMENTO ALTO CUSTO

Solicito autorizar o uso do medicamento _____ em caráter de urgência para o paciente: _____, registro nº: _____, leito: _____, andar: _____.

A posologia diária será: _____, por um período de _____ dias.

Este medicamento será de uso:

ESPORÁDICO

DEFINITIVO

EXPERIMENTAL

A justificativa médica da prescrição é:

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura, CRM, Nome por extenso

Visto e aprovação
do Diretor Clínico ou
Médico Chefe de Grupo

ELABORADO POR: Nome: Dra. Caroline Veloso Monreal Setor: Serviço de Farmácia	VERIFICADO POR: Nome: Dr. Valter Garcia Santos Setor: Educação Continuada e Pesquisa	APROVADO POR: Nome: Dra. Sonia Lucena Cipriano Setor: Diretoria Téc. SV Farmácia
--	--	--