

Nota Técnica Unidade de Farmácia nº 279 de 22 de janeiro de 2026.

Assunto: Formulário “Relatório de Ocorrência” com medicamentos

Destinatário:


- Equipe Médica
- Equipe de Enfermagem
- Equipe Farmacêutica

Com o objetivo de aprimorar o **Relatório de Ocorrências** utilizado para novas solicitações de medicamentos nas Farmácias da Internação, informamos que o documento **SFARM-FOR-DSF-002 – Formulário Relatório de Ocorrência** foi atualizado. Ele já está disponível na Intranet do InCor, no caminho: Documentos Institucionais > Serviço de Farmácia > 7. Formulários > 7.1 Diretoria do Serviço de Farmácia.

Em caso de dúvidas, solicitamos que entre em contato com o farmacêutico responsável pelo atendimento da sua Unidade de Internação (conforme o quadro abaixo):

Andar	Farmácia	Ramal
Subsolo	Central Farmacêutica de Distribuição	5040
3º andar Bloco II	Farmácia do Centro Cirúrgico	5287
4º andar Bloco I	Farmácia Internação	5943
7º andar Bloco I	Farmácia Beira Leito	4913 4914
7º andar Bloco II	Assistência Farmacêutica Clínica	5709
8º andar Bloco II	Central de Avaliação de Prescrição	5020

ELABORADO POR: Dra. Ândrea Bori Data: 19/01/2026 Serviço de Farmácia	VERIFICADO POR: Dra. Mariana Galante Data: 19/01/2026 Serviço de Farmácia	APROVADO POR: Dra. Ana Lúcia Camargo Data: 19/01/2026 Serviço de Farmácia
--	---	---

	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: Dra. Andrea Bori Data: 19/01/2026 Serviço de Farmácia	VERIFICADO POR: Dra. Mariana Galante Data: 19/01/2026 Serviço de Farmácia	APROVADO POR: Dra. Ana Lúcia Camargo Data: 19/01/2026 Serviço de Farmácia
--	---	---