

	Formulário	Número: 011
	InCor – Serviço de Farmácia	Edição: 02
Área: Unidade de Farmácia - Assistência Farmac. ao Paciente Internado		Página: 1/1
Assunto: Justificativa para uso de Medicamento não padronizado		Vigência: 20/06/2022

JUSTIFICATIVA PARA USO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO

Solicito autorizar o uso do medicamento....., em caráter de urgência, para a/o paciente:
 Registro nº: leito: andar:
 A posologia diária será:....., pelo período dedias.

O medicamento será de uso:

- ESPORÁDICO.
 CONTÍNUO/FREQUENTE.
 EXPERIMENTAL.

Justifico abaixo a prescrição:

.....

São Paulo,..... de..... de.....

 Assinatura e Carimbo ou Nome por extenso e CRM

 Visto e aprovação do Diretor Clínico ou Médico Chefe de Grupo

Elaborado Dra. Caroline Veloso Monreal Farmacêutica Assistência Farm. ao Paciente Internado	Verificado Adriana Senna – Farm. Ed. Permanente Dr. Valter Garcia Santos Farmacêutico Chefe Assistência Farmacêutica Logística	Aprovado Dra. Sonia Lucena Cipriano Diretor Técnico Unidade de Farmácia
--	--	---