



Comissão de Farmácia e Terapêutica
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS OU PADRONIZADOS DE USO RESTRITO

1. Nome do paciente		2. Número do prontuário	
3. Leito/Unidade de internação	4. Sexo	5. Idade	6. Peso
7. Diagnósticos _____ _____			
MEDICAMENTO SOLICITADO			
8. Nome do fármaco	9. Nome comercial	10. Forma Farmacêutica	11. Dosagem
12. Quantidade total prevista para o tratamento	13. Quantidade prevista para 24 horas		
14. Justificativa do pedido: motivo da escolha deste medicamento ou de sua preferência em relação a outro similar ou substituto padronizado _____ _____			
15. Caracterização de emergência para atendimento _____			
16. Médico(a) (Nome legível e assinatura)		17. CRM-MG	18. Data
19. Médico docente/preceptor/autorizador responsável pelo paciente (*)		20. CRM-MG	21. Data
FATURAMENTO ONCO/HEMATO			
22. Código do procedimento (**)		23. Valor mensal da APAC (**)	
ESPAÇO RESERVADO À FARMÁCIA			
24. Hora do recebimento do pedido /	25. Funcionário /	26. Data /	
27. Quantidade em estoque	28. Quantidade a ser adquirida	29. Preço Unitário	30. Valor mensal
31. Observações Farmacotécnica _____ _____ _____	32. Observações CAF _____ _____ _____	33. Observações Dispensação _____ _____ _____	
34. Farmacêutico Farmacotécnica	35. CRF-MG	36. Data	
37. Farmacêutico CAF	38. CRF-MG	39. Data	
40. Farmacêutico Dispensação	41. CRF-MG	42. Data	
43. Parecer da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) _____ _____ _____			
44. Médico(a)/Contato:		45. CRM-MG	46. Data
47. Parecer do Diretor(a) Clínico(a) para aquisição do medicamento _____ _____			
48. Diretor(a) Clínico(a) (Nome legível e assinatura)		49. CRM-MG	50. Data

(*) Campo de preenchimento obrigatório (**) Campo de preenchimento obrigatório para medicamentos quimioterápicos