

Formulário de Solicitação de Medicamentos - HTLV

Zidovudina (AZT) para tratamento de Leucemia/linfoma associada ao HTLV-1

1 - Nº de Prontuário

2 - CPF

3 - Nome do usuário

4 - Data de Nascimento

5 - Data do diagnóstico

6 - Unidade de tratamento

7 - Tipo de forma Clínica

() Indolente e Crônica () linfomatosa () Aguda(Leucêmica)

8 - Retirou o Medicamento?

9 - Medicamentos ARV (Preencher no quadriculo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)

Quantidade em caps/mL

Para uso da farmácia

Sim

Não

Zidovudina - AZT caps. de 100mg/dia

Sim

Não

Zidovudina - AZT Solução injetável 10 mg/mL/dia

Sim

Não

Zidovudina - AZT xarope 10mg/mL/dia

10 - Dispensação para :

() 30 dias () 60 dias () 90 dias

Pessoas Autorizadas a retirar o medicamento

Nome Completo da pessoa autorizada 1

Nome Completo da pessoa autorizada 2

Nome Completo da pessoa autorizada 3

11 - Médico

Data ____/____/____ CRM : _____

(carimbo e assinatura)

12 - Farmacêutico responsável

Data ____/____/____ CRF : _____

(carimbo e assinatura)

13 - Usuário

Recebi em ____/____/____

(assinatura do usuário)

Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.
2. A prescrição de medicamentos a base de substâncias anti-retrovirais (lista "C4"), só poderá ser feita por médico e será aviada ou dispensada nas farmácias do Sistema Único de Saúde, em formulário próprio estabelecido pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, onde a receita ficará retida. Ao paciente, deverá ser entregue um receituário médico com informações sobre seu tratamento.

ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma unidade de saúde. Escolha a que for mais conveniente para você. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NA INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS".

Versão Junho – 2016

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 01 - Número de Prontuário:** Número do Prontuário do Usuário SUS.
- 02 - CPF:** CADASTRO DE PESSOA FÍSICA do Usuário SUS.
- 03 - Nome Completo do Usuário:** Nome completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
- 04 - Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento do Usuário SUS.
- 05 - Data do diagnóstico:** Informar a data de diagnóstico da leucemia/linfoma associada ao HTLV-1.
- 06 - Unidade de tratamento:** Serviço de saúde onde o Usuário SUS é acompanhado para o tratamento da leucemia/linfoma associada ao HTLV-1
- 07 - Tipo de Forma clínica:** O médico assistente deverá assinalar o tipo de forma clínica diagnosticada.
- 08 - Retirou o medicamento:** O responsável pela dispensação deverá informar se o Usuário SUS retirou o medicamento. O preenchimento desse campo é importante para a construção do Mapa mensal e o do Boletim Mensal para Avaliação do uso do medicamento.
- 09 - Medicamentos - Antirretroviral:** Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de AZT para tratamento de leucemia/linfoma associada ao HTLV-1. O Médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. E a farmácia deverá informar a quantidade de frascos dispensada.
- 10 - Dispensação para:** Quantidade de dias autorizado para a dispensação do medicamento.
- 11 - Pessoas autorizadas a Retirar o Medicamento:** O Usuário SUS, no caso de não poder comparecer ao serviço de saúde, poderá indicar pessoas autorizadas a retirar medicamentos em seu nome, quando for necessário (no máximo 3 nomes).
- 12 - Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.
- 13 - Farmacêutico responsável:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação.
- 14 - Usuário:** Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensação.