

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 - Tipo de forma Clínica

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

7 - Unidade de tratamento

8 - Dispensação para :

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

9 - Retirou o
Medicamento?

10 - 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

11 - Médico

Data ____/____/____ CRM : _____

(carimbo e assinatura)

12 - Farmacêutico responsável

Data ____/____/____ CRF : _____

(carimbo e assinatura)

13 - Usuário

Recebi em ____/____/____

(assinatura do usuário)

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas.

Versão Dezembro – 2018

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 - Tipo de Forma clínica:** O médico assistente deverá assinalar o tipo de forma clínica diagnosticada.
- 07 - Unidade de tratamento:** Serviço de saúde onde o Usuário SUS é acompanhado para o tratamento da leucemia/linfoma associada ao HTLV-1
- 08 - Dispensação para:** Quantidade de dias autorizado para a dispensação do medicamento.
- 09 - 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.
- 10 - 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.
- 11 - Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.
- 12 - Farmacêutico responsável:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação.
- 13 - Usuário:** Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensação.