

Da Escrituração

No campo DATA deverá ser referenciada a escrituração (entrada, saída ou perda) do medicamento a base de Talidomida conforme ordem cronológica da ação correspondente.

2

Anexo X
LIVRO DE REGISTRO PARA MOVIMENTAÇÃO DO MEDICAMENTO A BASE DE TALIDOMIDA

Data			Movimentação (em comprimidos)			Estoque Final	Nº da Documentação Comprobatória	Nº da Notificação
Dia	Mês	Ano	Entrada	Saída	Perdas			

No campo MOVIMENTAÇÃO atentar quanto ao preenchimento dos campos. Cada linha corresponde a um tipo de escrituração: ENTRADA OU SAÍDA OU PERDA. Não usar a mesma linha para entrada e saída do medicamento ao mesmo tempo. São ações distintas, portanto devem estar em linhas distintas.

2

Anexo X
LIVRO DE REGISTRO PARA MOVIMENTAÇÃO DO MEDICAMENTO A BASE DE TALIDOMIDA

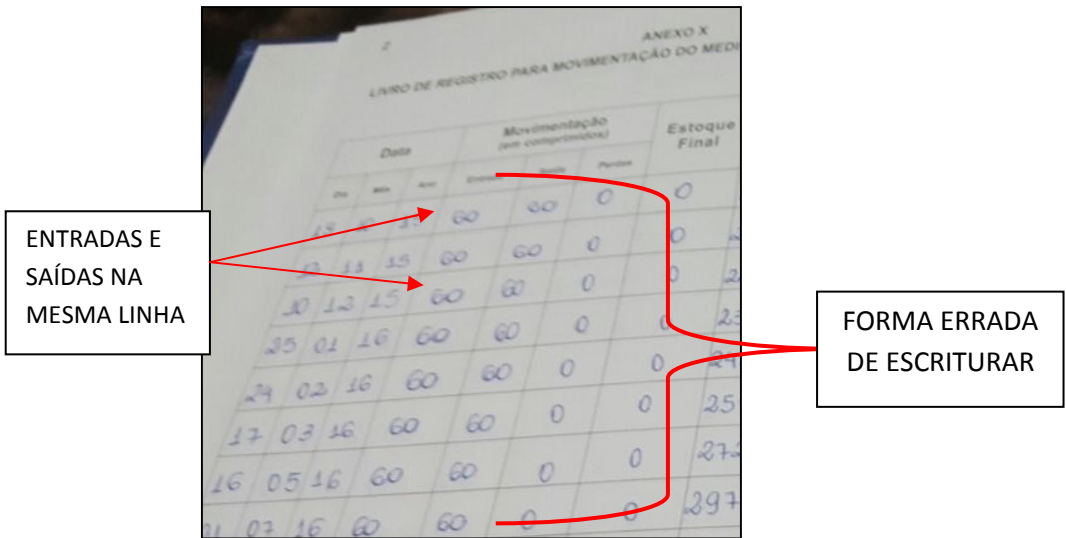
Data			Movimentação (em comprimidos)			Estoque Final	Nº da Documentação Comprobatória	Nº da Notificação
Dia	Mês	Ano	Entrada	Saída	Perdas			

ENTRADA

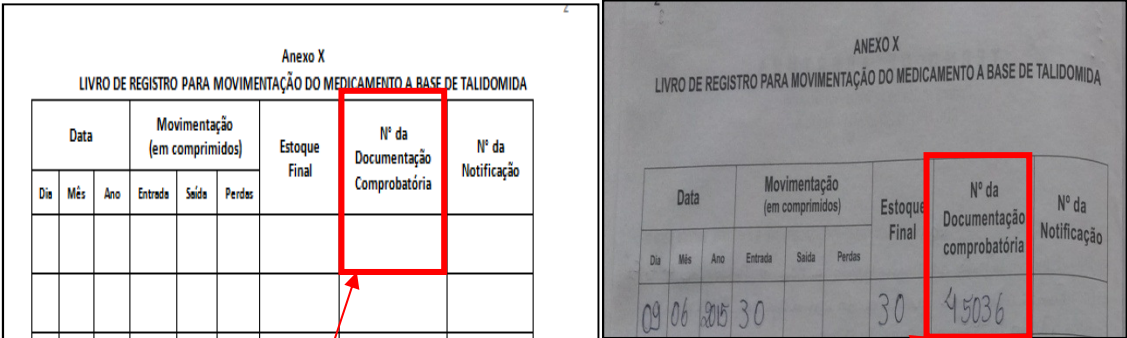
SAÍDA

PERDAS

Dia	Mês	Ano	Entrada	Saída	Perdas	Estoque Final
06	04	17	30			150
10	04	17		30		120
30	04	17		30		90
10	04	17		30		60
11	04	17		30		30
16	05	17	150			180
17	05	17		60		120
17	05	17		30		90
19	05	17		60		30
22	05	17		30		0



No campo Nº DA DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA deverá ser inserido o nº da requisição proveniente da Assistência Farmacêutica quando da escrituração de entrada do medicamento (procedência de forma a permitir rastreabilidade).



Sexta-feira 08 Junho 2018
Página 1 de 1

PALMAS - TO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE
CESAF - COMPONENTE ESTRATÉGICO
FARMACEUTICOS: SUENE MATOS, JULIANA MEDICI, MARTA ROCHA, LUCIANA BRANDÃO
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA ESTADUAL DO TOCANTINS

Saida

Nº Saida: 45036

Tipo de Saida: Distribuição sem Requisição
Solicitante: INATIVO CENTRO MUNICIPAL DE SAUDE
Dt. Pedido: 09/06/2015
Dt. Atendimento: 09/06/2015

Observação/Justificativa:

Localização Física	Programa de Saúde	Fabricante	Lote	Validade	Qtde Solicitada	Qtde Atendida	Vi. Unitário	Vi. Total
amário controlados HANSENIASE	0042	FUNED / FUNDACAO EZEQUIEL DIAS	14050093	31/05/2016	30	30	0,5040302	15,12
Total:						30		15,12

No campo Nº DA NOTIFICAÇÃO colocar o número da notificação de receita proveniente do médico cadastrado na Vigilância Sanitária Estadual como prescritor de Talidomida. Lembrando que o talonário é específico do médico.

ANEXO X LIVRO DE REGISTRO PARA MOVIMENTAÇÃO DO MEDICAMENTO A BASE DE TALIDOMIDA							ANEXO X LIVRO DE REGISTRO PARA MOVIMENTAÇÃO DO MEDICAMENTO A BASE DE TALIDOMIDA							
Data			Movimentação (em comprimidos)			Estoque Final	Nº da Documentação comprobatória	Nº da Notificação	Paciente		Médico		Doença	
Dia	Mês	Ano	Entrada	Saída	Perdas				Data de Nascimento	Sexo	Nome	CRM	Nome	CID

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA

Notificação de Receita de Talidomida		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> ATENÇÃO </div>	<p>“Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar”</p> <p>“Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas”</p>
UF	NÚMERO		
CID			

1 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: _____ Nº. do Cadastro: _____
 End.: _____
 Especialidade: _____
 C.P.F.: _____ C.R.M.: nº: _____ UF: _____
 Data: _____
 Assinatura e Carimbo

Nos campos subsequentes: PACIENTE, MÉDICO E DOENÇA deverão ser inseridos os dados contidos na notificação de receita.

ANEXO X LIVRO DE REGISTRO PARA MOVIMENTAÇÃO DO MEDICAMENTO A BASE DE TALIDOMIDA							
Paciente		Médico		Doença		Assinatura do Responsável pela Dispensação	Nº de registro no conselho de classe
Data de Nascimento	Sexo	Nome	CRM	Nome	CID		

2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____
 Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Telefone (se houver): _____
 Endereço: _____
 Documento Oficial de Identificação nº: _____ Órgão emissor: _____


3 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)

Nome: _____
 Endereço: _____ Telefone (se houver): _____
 Documento Oficial de Identificação nº: _____ Órgão emissor: _____

ANEXO X
LIVRO DE REGISTRO PARA MOVIMENTAÇÃO DO MEDICAMENTO A BASE DE TALIDOMIDA

Paciente		Médico		Doença		Assinatura do Responsável pela Dispensação	Nº de registro no conselho de classe
Data de Nascimento	Sexo	Nome	CRM	Nome	CID		


NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA

Notificação de Receita de Talidomida UF: _____ NÚMERO: _____ CID: _____			"Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar" "Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas"
1 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO Nome: _____ Nº. do Cadastro: _____ End.: _____ Especialidade: _____ C.P.F.: _____ C.R.M.: nº: _____ UF: _____ Data: _____ <p style="text-align: right;">Assinatura e Carimbo</p>			
2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nome: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Telefone (se houver): _____ Endereço: _____ Documento Oficial de Identificação nº: _____ Órgão emissor: _____			

ANEXO X
LIVRO DE REGISTRO PARA MOVIMENTAÇÃO DO MEDICAMENTO A BASE DE TALIDOMIDA

Paciente		Médico		Doença		Assinatura do Responsável pela Dispensação	Nº de registro no conselho de classe
Data de Nascimento	Sexo	Nome	CRM	Nome	CID		

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA

Notificação de Receita de Talidomida UF: _____ NÚMERO: _____ CID: _____			"Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar" "Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas"
1 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO Nome: _____ Nº. do Cadastro: _____ End.: _____ Especialidade: _____ C.P.F.: _____ C.R.M.: nº: _____ UF: _____ Data: _____ <p style="text-align: right;">Assinatura e Carimbo</p>			

E por último o farmacêutico responsável pela dispensação do medicamento a base de Talidomida deverá assinar e colocar o seu número de registro junto ao CRF, nos respectivos campos do livro.

ANEXO X
LIVRO DE REGISTRO PARA MOVIMENTAÇÃO DO MEDICAMENTO A BASE DE TALIDOMIDA

Paciente		Médico		Doença		Assinatura do Responsável pela Dispensação	Nº de registro no conselho de classe
Data de Nascimento	Sexo	Nome	CRM	Nome	CID		

5 – DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO	
Quantidade (Comprimidos):	nº do lote:
Nome do Farmacêutico Dispensador:	CRF nº:
Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico	
Data	
6- CARIMBO DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA (nome, endereço completo e telefone)	