

**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA**

NÚMERO

CID

**ATENÇÃO****“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: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

C.P.F.: \_\_\_\_\_ C.R.M.nº: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura e Carimbo

**2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Telefone (se houver): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: \_\_\_\_\_

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

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone (se houver): \_\_\_\_\_

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: \_\_\_\_\_

**4 - IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO**

Quantidade de comprimidos (em algarismos arábicos e por extenso): \_\_\_\_\_

Dose por Unidade Posológica (Ex.: 100mg): \_\_\_\_\_

Posologia: \_\_\_\_\_

Tempo de tratamento: \_\_\_\_\_

Outras orientações (se houver): \_\_\_\_\_

**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)**

Identificação da Gráfica: nome, endereço, CNPJ e nº da autorização concedida pela Autoridade Sanitária competente.

**(2 Vias) 1ª via: paciente; 2ª via: unidade pública dispensadora**