

# NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA ELETRÔNICA

N.º

**ATENÇÃO**

**“Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar”  
“Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas”**

## EMITENTE

NOME DO MÉDICO:  
CPF:  
INSCRIÇÃO NO CRM / UF:  
Nº. DO CADASTRO:  
ESPECIALIDADE:  
ENDEREÇO COMPLETO:  
TELEFONE:

## PACIENTE

NOME:  
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:  
ENDEREÇO COMPLETO:  
DATA DE NASCIMENTO:  
SEXO:  
CID:  
TELEFONE (se houver):

## IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)

NOME:  
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:  
ENDEREÇO COMPLETO:  
TELEFONE (se houver):

## PRESCRIÇÃO

QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS (EM ALGARISMOS ARÁBICOS E POR EXTENSO):  
DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA (EX.: 100MG):  
POSOLOGIA:  
TEMPO DE TRATAMENTO:  
OUTRAS ORIENTAÇÕES (SE HOUVER):

IDENTIFICAÇÃO DA PLATAFORMA

REGISTRO DA ASSINATURA DIGITAL E DATA

VALIDE ESSA ASSINATURA EM [validar.iti.gov.br](https://validar.iti.gov.br)

ESTA PRESCRIÇÃO PODE SER VERIFICADA EM:

VERIFIQUE A NUMERAÇÃO E REGISTRE A UTILIZAÇÃO DESTA PRESCRIÇÃO EM [sn-cr.anvisa.gov.br](https://sn-cr.anvisa.gov.br)

