UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. DR. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
SERVIÇO DE FARMÁCIA

Solicitação de Medicamento de Uso Restrito – Imunoglobulina Humana

Identificação do paciente

Nome: _____ Registro:_____ Idade:_____

Sexo:_____ Unidade de Internação:_____ Ramal:_____Quarto:_____Leito:_____ Peso:_____

Diagnóstico:_____

Imunoglobulina Humana

Forma Farmacêutica/ Concentração:_____ Posologia:_____

Tempo de tratamento previsto:_____

Justificativa da prescrição

(Descrição detalhada do quadro clínico e medicações utilizadas no tratamento da patologia)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data:____/____/____ Hora:_____

_____

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

Autorização da Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT/HU/UFSC

SIM ( ) **NÃO ( )**

Data:____/____/____ Hora:_____

_____

Presidente da CFT/HU/UFSC

Serviço de Farmácia

Recebida autorização de fornecimento em: ___/___/___ Hora:____ Ass. Resp.:_____

Entregue à Unidade solicitante em: ___/___/___ Hora:____ Ass. Responsável:_____

Observações:_____

_____