

Guia de Prescrição de Medicamentos de Uso Contínuo

Dados do Beneficiário

| | |
|--------------------|-------------------------|
| Nome: _____ | Matrícula: _____ |
|--------------------|-------------------------|

Dados de Diagnóstico

| |
|--|
| Patologia Principal: _____ |
| Patologias Secundárias: _____ |
| Período Previstos de Utilização: _____ (EXPRESSO EM MESES) |

Medicamentos Prescritos

| QUANT. | UNID. | NOME DO MEDICAMENTO | Nº. CID | POSOLOGIA | USO IB |
|--------|-------|---------------------|---------|-----------|--------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | |
|----------------------|----------------------|--|
| _____ / ____ / _____ | _____ / ____ / _____ | _____ |
| Local | Data | Assinatura do Médico com carimbo CRM e CPF |

Uso Exclusivo da Itaipu

| Recebido | Análise Técnica |
|------------------------------------|------------------------------------|
| _____ / ____ / _____ Assinatura | _____ / ____ / _____ Assinatura |

Para análise e liberação, enviar este formulário devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico, ao e-mail medicamento@itaipu.gov.br