**Formulário de medicamentos que necessitem de justificativa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do paciente | Idade | R.G. |  |
| Andar | Leito | Diagnóstico |  |
| Medicamento solicitado | Dose | IV VO IM | |
| Forma prescrita | Tempo de tratamento | | |
| Justificativa | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Cultura (se for o caso) | | Material colhido | |
| Antibiograma (drogas sensíveis) | | | |
| Nome do médico | | | CRM |
| Assinatura do médico | | | Data |
| Pedido encaminhado por | | | |
| Resposta da farmácia | | Farmacêutico responsável | |
| Registro de dispensação | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |