**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 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |