

FORMULÁRIO DE PEDIDO/ JUSTIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. DADOS DO DOENTE

1. Nome: _____
2. Peso (Kg): _____ Altura: _____
3. SC _____ Idade: _____

| |
|-------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE |
|-------------------------|

2. MEDICAMENTO

| | | |
|---|------------------|-------------|
| DCI: | Dose Inicial: | Manutenção: |
| Frequência: _____ Via Admin.: _____ | F. Farmacêutica: | Marca: |
| Duração prevista e Avaliação do tratamento (data- dia/mês/ano): _____ | | |
| | | |

3. ENQUADRAMENTO:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Intenção Tratar: | <input type="checkbox"/> a) Internamento | <input type="checkbox"/> b) Ambulatório | <input type="checkbox"/> c) Hospital Dia |
| NOC/ Protocolo Serviço: | <input type="checkbox"/> a) Sim | <input type="checkbox"/> b) Não | <input type="checkbox"/> c) Em elaboração |
| <input type="checkbox"/> Justificação | <input type="checkbox"/> Extra-Formulário | <input type="checkbox"/> Dispensa Ambulatório | <input type="checkbox"/> Uso "Off-label" |
| <input type="checkbox"/> Carência Económica | <input type="checkbox"/> AUE / AE | <input type="checkbox"/> Med. do Domicílio | <input type="checkbox"/> Uso Exclusivo Hospitalar |

4. DIAGNÓSTICO:

| |
|--------------|
| ICD10: _____ |
|--------------|

5. JUSTIFICAÇÃO DA IMPRESCINDIBILIDADE DO MEDICAMENTO e ausência de alternativas terapêuticas:

| |
|--|
| |
|--|

6. ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA:

| |
|--|
| |
|--|

7. **HISTORIAL CLÍNICO do doente com indicação das terapêuticas prévias realizadas:**

MÉDICO(A) _____ Nº Mecanográfico: _____

Contacto email: _____@chbv.min-saude.pt

DIRETOR(A) SERVIÇO _____ Nº Mecanográfico: _____

Contacto email: _____@chbv.min-saude.pt