


<b>Notificação de Receita de Talidomida</b>			"Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar"
UF <b>PE</b>	NÚMERO		"Talidomida causa o nascimento de Crianças sem braços e sem pernas"
CID			

1. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO				
Nome:			Nº do Cadastro:	
Endereço:				
Especialidade:	CRM N°:	UF:	CPF:	
_____		_____		
Data		Assinatura e Carimbo		

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome:				
Data de Nascimento:	Sexo:	Fone:	Documento Oficial Identificação:	Órgão Emissor
Endereço:				

3. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)		
Nome:		
Endereço:		
Fone:	Documento Oficial Identificação:	Órgão Emissor

4. IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO	
Quantidade de Comprimidos (em algarismos arábicos e por extenso):	Dose por Unidade Posológica (ex.: 100mg):
Posologia:	Tempo de Tratamento:
Outras orientações (se houver):	

5. DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO	
Quantidade (Comprimidos):	Nº do Lote:
Nome do Farmacêutico Dispensador:	CRF N°:
_____	_____
Data	Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico

6. CARIMBO DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA (nome, endereço completo e telefone)