

	REGISTRO DE DISPENSAÇÃO DMRI / OVR	
---	---	---

1. IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

1. Nome:		2. Cód. Ident. PLANSERV:
3. Data de nascimento: ____/____/____	4. Sexo:	5. Telefone:

2. MEDICAMENTO

1. Medicamento: (nome comercial)		2. Apresentação/Dose:	
3. Posologia:	3. Lote:	4. Validade: ____/____/____	
5. Quant. Dispensada:		6. Data da Dispensação: ____/____/____	

3. FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL PELA DISPENSAÇÃO

1. Nome:	2. CRF/UF:	3. Telefone:
1. Declaro ser o responsável pela dispensação do(s) medicamento(s) acima e prestarei informações ao beneficiário, à vigilância sanitária e ao Planserv, contribuindo para promoção de uma farmacoterapia correta e racional. 2. Autorizo os auditores do Planserv a consultarem documentos do meu serviço que se fizerem necessários. 3. Declaro que o(s) medicamento(s) dispensado(s) se encontra(m) em perfeitas condições de uso. 4. Declaro ter prestado orientação farmacêutica sobre o(s) medicamento(s) dispensado(s), bem como entregue guia de orientação ao paciente sobre tratamento a ser realizado.		

Próxima dispensação: parecer médico? () Não Próxima Dispensação: ____/____/____ () Sim Motivo: _____
--

Obs: A autorização da próxima dose está condicionada ao envio deste registro para o Planserv.

Assinatura/Carimbo do Farmacêutico Responsável pela Dispensação: _____

Data: ____/____/____