

ANEXO VII

Notificação de Receita Especial para Talidomida

MODELO ASSISA

**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA
TALIDOMIDA**

UF _____ NÚMERO _____

--	--

Data ____ de ____ de ____

CID _____

--	--

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Nº DA UNIDADE: _____

Nº DA INSC. PROD.: _____

DATA DE INSCRIÇÃO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: _____
 Endereço: _____
 Especialidade: _____ C.R.M.: _____
 C.P.F.: _____

Assinatura do Emissor/Carimbo _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____
 Idade: _____ Sexo: _____ Fone: () _____
 Endereço: _____
 Doc. Identificação: _____ Tipo: _____ Org. Emissor: _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (SE FOR O CASO)

Nome: _____
 Endereço: _____
 Fone: () _____
 Doc. Identificação: _____ Tipo: _____ Org. Emissor: _____

IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

TALIDOMIDA (100 mg)

Quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) em
comprimidos: _____ dose diária: _____ mg.

DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO

Quantidade (Comp.): _____
 Nome do Dispensador: _____

Assinatura/Carimbo do Responsável Técnico

_____/_____/_____
 Data da Dispensação

Carimbo Padronizado da Unidade de Saúde

MODELO ASSISA

Dados da Gráfica, Nome, endereço, CNPJ e nº do credenciamento

Numeração impressa: De _____ a _____ Série: _____