

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO**

Número da APAC  Vigência \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome do Paciente  CNS

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

Nome do estabelecimento  CNES

**DISPENSAÇÃO**

**1º MÊS**

Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega

Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:

Armazenagem     Interação com medicamentos e alimentação  
 Administração     Efeitos adversos     Situações especiais (idade, gestação...)

CNS do Farmacêutico Responsável

Assinatura/carimbo do Farmacêutico Responsável \_\_\_\_\_

Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento.

paciente     responsável     representante

Assinatura \_\_\_\_\_

**2º MÊS**

Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega

Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:

Armazenagem     Interação com medicamentos e alimentação  
 Administração     Efeitos adversos     Situações especiais (idade, gestação...)

CNS do Farmacêutico Responsável

Assinatura/carimbo do Farmacêutico Responsável \_\_\_\_\_

Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento.

paciente     responsável     representante

Assinatura \_\_\_\_\_

**3º MÊS**

Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega

Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:

Armazenagem     Interação com medicamentos e alimentação  
 Administração     Efeitos adversos     Situações especiais (idade, gestação...)

CNS do Farmacêutico Responsável

Assinatura/carimbo do Farmacêutico Responsável \_\_\_\_\_

Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento.

paciente     responsável     representante

Assinatura \_\_\_\_\_