

**TERMO DE RECEBIMENTO DE MEDICAMENTO COM VALIDADE ESTENDIDA
FUNED TALIDOMIDA 100MG**

Unidade Pública Dispensadora de Talidomida _____ cidade
_____ UF _____ telefone () _____ - _____

A ser preenchido pelo(a) farmacêutico(a):

Eu, _____ registrado no
Conselho Regional de Farmácia do Estado _____ sob número _____ orientei
o(a) paciente _____ do sexo
_____ diagnosticado com _____

CID-10 _____ que o medicamento à base de talidomida dispensado, lote:

[] 14080193

[] 14080194

[] 14100228

possui validade estendida para até 14/01/2017, conforme Ofício nº 388/2016-DP-GADIP/ANVISA, de 24/10/2016. Este lote dispensado passou por testes laboratoriais de controle de qualidade para aspecto, teor de princípio ativo e dissolução e os resultados foram satisfatórios. Assim, este medicamento poderá ser utilizado com segurança pelo(a) paciente dentro do novo prazo de validade.

Informações do(a) paciente:

Eu, _____ carteira de identidade
nº _____ órgão expedidor _____ residente
na rua _____
cidade _____ UF _____ e telefone () _____ -

_____ recebi pessoalmente as informações do(a) farmacêutico(a) que o medicamento que estou recebendo na quantidade de _____ comprimidos, está com validade estendida para até 14/01/2017.

Assinatura e carimbo do(a) farmacêutico(a): _____

Assinatura do(a) paciente: _____

Data: ____/____/____

Observação: A 1ª via (original) deverá ficar arquivada na unidade pública e uma cópia desta deverá ser entregue ao paciente juntamente com a nota de esclarecimento.