|  |
| --- |
| ***FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO AO PRESCRITOR***  *Prezado(a) prescritor(a):*  *Esta receita encontra-se em desacordo com uma ou mais das seguintes legislações:*   * *Decreto 20931/32 Art.15 e 16* * *Lei 5991/73 (Art. 35)* * *Lei 9787/99 (Art.3)* * *Portaria SVS M.S. 344/98* * *Art. 43,44 e 45 – RDC 44/09 – ANVISA* * *RDC 471/2021 – ANVISA* * *Protocolo de dispensação do município de São José dos Pinhais, publicado em diário oficial 22/04/2019* * *Art.11 Código de Ética da Profissão Médica*   *Solicitamos que seja emitida nova receita, contendo todas as informações necessárias, para o correto aviamento dos medicamentos.*  *( )Data da emissão...............................................................................................................................................................................................*  *( )Denominação Comum Brasileira (Nome Genérico)..........................................................................................................................................*  *( )Dosagem ou Concentração...............................................................................................................................................................................*  *( )Duração do Tratamento....................................................................................................................................................................................*  *( )Endereço do Paciente (344/98).........................................................................................................................................................................*  *( )Forma Farmacêutica..........................................................................................................................................................................................*  *( )Identificação da Unidade Emitente....................................................................................................................................................................*  *( )Identificação Paciente........................................................................................................................................................................................*  *( )Identificação do Prescritor.................................................................................................................................................................................*  *( ) Assinatura do prescritor ...................................................................................................................................................................................*  *( )Receita Ilegível...................................................................................................................................................................................................*  *( )Receita em 2 vias...............................................................................................................................................................................................*  *( )Não padronizado...............................................................................................................................................................................................*  *( )Notificação isolada da receita (necessária receita branca junto)......................................................................................................................*  *( )Posologia............................................................................................................................................................................................................*  *( )Rasura/emenda..................................................................................................................................................................................................*  *( )Validade expirada...............................................................................................................................................................................................*  *( )Receita familiar- receita deve ser individual.......................................................................................................................................................*  *( )Definição de quantidade de medicamentos por “UNIDADE” da forma farmacêutica........................................................................................*  *( )Medicamentos de uso crônico devem vir com indicação “USO CONTINUO”.......................................................................................................*  *( )Medicamentos de uso agudo deve vir acompanhado de justificativa médica para “USO CONTINUO”.............................................................*  *( )Medicamentos antimicrobianos não podem ser prescritos na mesma prescrição de medicamentos de controle especial pela Portaria 344/98.(RDC 471/21)..............................................................................................................................................................................................*  *Qualquer dúvida entrar em contato conosco:*  *Farmacêutico:*  *Data:* |