|  |
| --- |
| ***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:* |