UNIDADE / FEDERATIVA	MUNICÍPIO	REGIONAL DE SAÚDE	NOME UPDT	CNES	NOME DO USUÁRIO	NÚMERO CARTÃO SUS	DOCUMENTOS IDENTIFICAÇÃO (RG)	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	NOME DA MÃE	ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA	TELEFONE	DATA DA DISPENSAÇÃO	QUANTIDADE DISPENSADA	LOTE	DATA DE VALIDADE	NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO DA MEDIDA DE TALIDOMIDA	CID-10	DATA INÍCIO DO TRATAMENTO COM TALIDOMIDA	NOME MÉDICO(A) PRESCRITOR(A)	NÚMERO CRM	NOME FARMACÊUTICO(A) RESPONSÁVEL PELA DISPENSAÇÃO	NÚMERO CRF
SIGLA ABREVIADA	NOME COMPLETO	NOME COMPLETO	NOME COMPLETO	NÚMERO COMPLETO SEM PONTUAÇÃO	NOME COMPLETO	NÚMERO COMPLETO SEM PONTUAÇÃO	NÚMERO COMPLETO SEM PONTUAÇÃO	LIBERADO	DATA COMPLETA	NOME COMPLETO	ENDEREÇO COMPLETO	TELEFONE CELULAR DO PAC	DATA COMPLETA	EM COMPRIMIDOS E COMPLETA NÚMERO	CONFORME IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO	DATA COMPLETA	NÚMERO COMPLETO SEM PONTUAÇÃO	CÓDIGO CONFORME CID-10	DATA COMPLETA	NOME COMPLETO	NÚMERO COMPLETO SEM PONTUAÇÃO	NOME COMPLETO	NÚMERO COMPLETO SEM PONTUAÇÃO

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS HANSENOSTÁTICOS E ANTIRREACIONAIS

REGIONAL: º CRS

MUNICÍPIO: **ANO:** **TRIMESTRE: º trimestre**

APRESENTAÇÃO	A	B	C	D	E	F	Informação sobre estoque atual	
	Estoque anterior *	Recebido no período	Estoque atual (almoxarifado local)	Consumo	Necessidade	LIBERADO PELA CECH = (necessidade menos o estoque atual) **		
				A + B - C	D + 15%	E - C	LOTE	VALIDADE
Blister PB adulto				0	0			
Blister PB infantil				0	0			
Blister MB adulto								
Blister MB infantil								
Prednisona 5mg				0	0			
Prednisona 20mg				0	0			
Talidomida 100mg				0	0			

NOTA:

*** O estoque anterior (coluna A) refere-se ao estoque atual informado na planilha do trimestre anterior.**

**** O resultado informado na coluna F refere-se aos quantitativos que serão autorizados pela Coordenação Estadual de Hanseníase, não havendo necessidade de ser preenchido pelo município e Regional.**

ELABORADO PELA CEPCH/SESPA: 05/2023

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES - REGISTRO ATIVO		
Faixa Etária	Classificação Operacional	
	PB	MB
< 15 anos (INFANTIL)		
> 15 Anos (ADULTO)		

Data: / / .

Assinatura _____

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PUBLICA

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

SOLICITAÇÃO MENSAL DE MEDICAMENTO DE AQUISIÇÃO CENTRALIZADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO COMPONENTE ESTRATÉGICO - TALIDOMIDA

UNIDADE DE SAÚDE: **MUNICIPIO:**

LÚPUS – MÊS / ANO

NOME DO PACIENTE	CID-10	QUANTIDADE / MÊS

MIELOMA – MÊS / ANO

NOME DO PACIENTE	CID-10	QUANTIDADE / MÊS

DOENÇA ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO – MÊS / ANO

NOME DO PACIENTE	CID-10	QUANTIDADE / MÊS

SÍNDROME MIELODISPLÁSTICA – MÊS / ANO

NOME DO PACIENTE	CID-10	QUANTIDADE / MÊS

ÚLCERAS AFTÓIDES IDIOPÁTICAS EM PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS – MÊS / ANO

NOME DO PACIENTE	CID-10	QUANTIDADE / MÊS