



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PUBLICADIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIADIVISÃO DE VIGILÂNCIA DE PRODUTOS

CHECKLIST PARA CADASTRO DE PRESCRITOR DE TALIDOMIDA
VIGILÂNCIA SANITÁRIA RESPONSÁVEL PELO
CADASTRO:.....

Nº DO PROTOCOLO/ PROCESSO:	
IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR DE TALIDOMIDA	
NOME DO PRESCRITOR:	
ESPECIALIDADE:	CRM:
E-MAIL:	
ENDEREÇO COMERCIAL:	
BAIRRO:	
CIDADE:	CEP:
E-MAIL:	
TELEFONE:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:	
BAIRRO:	
CIDADE:	CEP:
TELEFONE:	

ITENS AVALIADOS			
Critérios para Cadastro/Documentos necessários (art.13 da RDC nº 11/ 2011)	SIM	NÃO	N.A
1- Apresentou documento original do Conselho Regionalde Medicina (CRM)?			
2- Apresentou Cópia do documento do Conselho Regionalde Medicina (CRM)?			
Formulário para Cadastro de Prescritores deTalidomida” no Anexo II, da RDC nº 11/ 2011.	SIM	NÃO	N.A
3- Preenchido do “Nº cadastro” no “Formulário para Cadastramento dos Prescritores de Talidomida” no Anexo II da RDC nº 11/ 2011?			
4-Preenchidos, de forma correta e legível, todos os camposde “Informações do médico prescritor”?			
5- Preenchidos, de forma correta e legível, todos os camposde “Endereço comercial”?			
6- Preenchidos, de forma correta e legível, todos os camposde “Endereço residencial”?			
7- Preenchido, de forma correta e legível local, data, carimbo e assinatura do médico no “Formulário para Cadastramento dos Prescritores de Talidomida”?			

Formulário para Cadastro de Prescritores deTalidomida” no Anexo II da RDC nº 11/ 2011.	SIM	NÃO	N.A
8- Preenchido de forma correta e legível “Nome do responsável pelo cadastramento” e “Nº do registro funcional” do responsável pelo cadastramento?			

AUTORIDADE SANITARIA COMPETENTE:
ATENÇÃO:
É importante estar ciente da responsabilidade de verificar se todos os documentos, requisitos e informações solicitadas nos formulários do Anexo I e II da RDC 11/2011 estejam PREENCHIDAS CORRETAMENTE e de FORMA LEGÍVEL, antes de encaminhar o processo. Caso contrário, a demora ao andamento do processo é transtorno ao paciente, devido ao não recebimento da medicação em tempo hábil para iniciar ou dar continuidade ao tratamento.
NOME DO RESPONSÁVEL PELO CADASTRAMENTO:
CARGO:
Nº DA MATRÍCULA:
....., de de

Carimbo e assinatura do responsável pelo cadastramento