TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DE MEDICAMENTO PRÓPRIO

São Bernardo
APART HOSPITAL

Atendimento/Prontuário:_____
Paciente:_____
Data de Entrada:_____/_____/_____ Data de Nascimento:_____/_____/_____
Filiação:_____

Eu,_____estou ciente que o produto farmacêutico que estou entregando ao São Bernardo Apart Hospital para o tratamento do (a) paciente acima identificado (a), não é de procedência conhecida do hospital e me responsabilizo pelas condições de armazenamento e transporte anterior a esta data. Também estou ciente que o medicamento só poderá ser utilizado se as condições de armazenamento e validade estiverem em conformidade com os requisitos legais.

Nº	Apresentação Comercial	Quantidade	Lote	Validade	Devolução SIM / NÃO	Quantidade
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Concorda em deixar esses medicamentos aos cuidados da enfermagem? Sim ( ) Não ( )
Foi possível identificar todos os medicamentos? Sim ( ) Não ( )
Medicamentos sem condições de identificação não tem seu uso autorizado.

_____
Assinatura do profissional **Data da Verificação**

_____
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal **CPF**

Devolução: Paciente ciente que recebeu as medicações descritas que ficou aos cuidados da Enfermagem do São Bernardo Apart Hospital no período do internamento.

_____
Assinatura do profissional **Data da Devolução**

_____