

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Programa de Controle da Tuberculose

**FORMULÁRIO DE PEDIDO MENSAL DE
MEDICAMENTOS – Casos Especiais/TBMR**

CENTRO DE SAÚDE:

Mês/Ano:

Nome do Paciente:

Tratamento Prescrito:

MEDICAMENTOS	Apresentação	Saldo mês anterior	Recebido no mês	Dispensado no mês	Saldo atual	PEDIDO DO MÊS
Amicacina	500mg, ampola					
Capreomicina	1000 mg, ampola					
Estreptomicina	1g, ampola					
Etambutol	400 mg, comprimido					
Etionamida	250 mg comprimido					
Isoniazida	100 mg comprimido					
Levofloxacino	250mg, comprimido					
Levofloxacino	500mg, comprimido					
Pirazinamida	500mg, comprimido					
Terizidona	250mg, comprimido					
Outros:						

TDO COMPARTILHADO: Não Sim, entregar medicamentos na unidade de saúde _____

Florianópolis, __ / __ / __

Responsável pelo Pedido