PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAMPINAS - SP

FICHA DE CONTROLE DE DISPENSAÇÃO MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO

Nº CARTÃO SUS:

FF / FI:

NOME:

DATA NASCIMENTO:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

INSCRITO EM:

BAIXA EM:

MOTIVO:

PROGRAMA:

- HIPERTENSÃO
- DIABÉTES
- CARDIOPATAS
- D. RESPIRAT. OBSTR. CRON.
- D. REUMÁTICAS
- D. RENAL CRÔNICA
- SAÚDE MENTAL
- _____

RISCO:

- BAIXO
- MÉDIO
- ALTO

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

DATA	NOME	POSOLOGIA	QUANTIDADE MÊS	MÉDICO RESP.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAMPINAS - SP

FICHA DE CONTROLE DE DISPENSAÇÃO MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO

Nº CARTÃO SUS:

FF / FI:

NOME:

DATA NASCIMENTO:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

INSCRITO EM:

BAIXA EM:

MOTIVO:

PROGRAMA:

- HIPERTENSÃO
- DIABÉTES
- CARDIOPATAS
- D. RESPIRAT. OBSTR. CRON.
- D. REUMÁTICAS
- D. RENAL CRÔNICA
- SAÚDE MENTAL
- _____

RISCO:

- BAIXO
- MÉDIO
- ALTO

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

DATA	NOME	POSOLOGIA	QUANTIDADE MÊS	MÉDICO RESP.

MEDICAMENTOS ENTREGUES	DATA						

MEDICAMENTOS ENTREGUES	DATA						

FO142 - MAI / 04 / SMS - ALTERADO MAR/05 - VIA ÚNICA - FORMATO A5 (210x148) - CÓD. MATERIAL: 19319

ARTE-FINAL ELABORADA PELA SECRETARIA MUN. DE GESTÃO E CONTROLE - R0446