Formulário de Cadastro de Serviço de Sáude para Dispensação de Miltefosina para Leishmaniose Tegumentar

Informações do Serviço de Saúde:	
Nome da Unidade: CNPJ (da unidade): Nome do Diretor Responsável:	
Endereço completo: Rua/Av.:_____ nº:_____ Cidade:_____ Estado:_____ CEP.:_____ Especialidade:_____ Telefone:(_____)__Fax: (_____) _____	
E-mails	Unidade: Diretor:
Nome do Farmacêutico (a) Titular: nºCRF:	
Nome do Farmacêutico (a) Suplente: nºCRF:	
Orientações do cadastramento:	
A Unidade de Saúde somente poderá ser cadastrada atendendo aos critérios: • Deve possuir farmacêutico (com cadasto no CRF), responsável pelo recebimento, conferência, guarda, preenchimento do formulário do sistema redCAP e a dispensação do medicamento a base de miltefosina; • Os profissionais de saúde e funcionários envolvidos devem receber treinamento sobre os riscos e as normas que envolvem o medicamento a base de miltefosina.	
Locale data: _____ Carimbo e Assinatura do farmacêutico ou diretor resposável pela unidade	