

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, cadastrado pelo número do conselho de classe (**CREMEB ou COREN**), \_\_\_\_\_, sou o profissional responsável pela aplicação do medicamento (**NOME GENÉRICO**) \_\_\_\_\_, no paciente \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Serviço/ Local da aplicação: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

E-mail do profissional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:**

Obs: entregar na Unidade antes de cada aplicação.

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, cadastrado pelo número do conselho de classe (**CREMEB ou COREN**), \_\_\_\_\_, sou o profissional responsável pela aplicação do medicamento (**NOME GENÉRICO**) \_\_\_\_\_, no paciente \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Serviço/ Local da aplicação: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

E-mail do profissional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:**

Obs: entregar na Unidade após cada aplicação.