



TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA APLICAÇÃO SUBCUTÂNEA OU INTRAMUSCULAR DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CEAF)

(Obs.: enquanto não houver mudança nas informações prestadas, não há necessidade de renovação deste Termo)

GESTOR DA UNIDADE DE SAÚDE ONDE SERÁ REALIZADA A APLICAÇÃO

(Exceto para médicos (Lei nº 12.842/2013) e pacientes que comprovem que estão em uso do medicamento em questão)

Eu, _____,

com a seguinte função de gestão _____

na unidade de saúde _____, CNES ou CNPJ nº _____,

declaro que a aplicação do medicamento (nome genérico) _____ será realizada nesta unidade, comprometendo-me a disponibilizar a equipe de saúde e a seguir as Boas Práticas de Administração de Medicamentos.

Data: ____/____/____.

Telefone da unidade de saúde: _____.

Assinatura e carimbo do responsável pelo preenchimento: _____.

PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE REALIZARÁ A APLICAÇÃO

Eu, _____, CPF nº _____,

profissão _____, cadastrado pelo Conselho de Classe nº _____, serei o

profissional responsável pelas aplicações subcutâneas do medicamento (nome genérico) _____

para fins de tratamento do (a) paciente _____.

Data: ____/____/____.

Unidade de saúde: _____.

Telefone de contato: _____.

Assinatura e carimbo do profissional responsável pelas aplicações subcutâneas: _____.

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PACIENTE

Eu, paciente _____, CPF nº _____, declaro

estar ciente de que este termo permanecerá válido até que ocorram alterações relacionadas ao medicamento, ao profissional responsável pela aplicação subcutânea, ou, caso seja habilitado para autoaplicação. Declaro, ainda, que é de minha responsabilidade informar e apresentar as devidas atualizações ao Núcleo ou Base Regional de Saúde, sempre que houver qualquer mudança nas informações supracitadas.

Assinatura do paciente ou responsável legal: _____.