



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia **(SESAB)**

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde **(SAFTEC)**

Diretoria de Assistência Farmacêutica **(DASF)**

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada **(COAFE)**

TERMO DE RESPONSABILIDADE DA UNIDADE DE SAÚDE (para a primeira aplicação subcutânea)

Eu, _____, Diretor médico () ou Coordenador de enfermagem ()
ou Coordenador(a) técnico(a) da () Unidade Hospitalar ou () Unidade de Saúde da Família ou () Clínica / Ambulatório / Policlínica
de nome _____, CNES ou CNPJ nº _____, declaro que a
aplicação subcutânea 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: _____.

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL

Eu, _____,
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: ____/____/____. Local de aplicação: _____.

Telefone de contato: _____.

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

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PACIENTE

Eu, _____, 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: _____.