

 Planserv Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais	EVOLUÇÃO CLÍNICA EMD REGISTRO DE DISPENSAÇÃO	 Governo do Estado da Bahia Secretaria de Administração
1. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE E FARMACÊUTICO		
1. Nome:	2. CREMEB:	3. Telefone:
1. Declaro que sou responsável pela supervisão deste tratamento e prestarei ao beneficiário, à vigilância sanitária e à equipe envolvida na administração do medicamento as informações médicas que se fizerem necessárias. 2. Autorizo os auditores médicos do PLANSERV a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço para informações complementares. 3. A critério médico o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos.		
1. Nome:	2. CRF/UF:	3. Telefone:
1. Declaro ser o responsável pela dispensação do(s) medicamento(s) acima e prestarei informações ao beneficiário, à vigilância sanitária e ao Planserv, contribuindo para promoção de uma farmacoterapia correta e racional. 2. Autorizo os auditores do Planserv a consultarem documentos do meu serviço que se fizerem necessários. 3. Declaro que o(s) medicamento(s) dispensado(s) se encontra(m) em perfeitas condições de uso. 4. Declaro ter prestado orientação farmacêutica sobre o(s) medicamento(s) dispensado(s), bem como entregue guia de orientação ao paciente sobre tratamento a ser realizado.		
2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
1. Nome:		2. Código Identificação PLANSERV:
3. Data de nascimento: ____/____/____	4. Sexo:	5. Telefone:
3. EVOLUÇÃO CLÍNICA		
Diagnóstico		EMD ()
Encaminhar laudos dos exames realizados para as próximas autorizações:		1. Angiografia Fluoresceínica (AFG); e/ou 2. Tomografia de Coerência Óptica (OCT)
Acometimento: () Unilateral		() Bilateral
Acuidade Visual (Snellen):	OD	OE
	S/ Correção	C/ Correção
		Binocular
	S/ Correção	C/ Correção
	S/ Correção	C/ Correção
Foram utilizados recursos ópticos mais sofisticados?		() Não () Sim. Quais?
4. TRATAMENTO E DISPENSAÇÃO		
1. Tratamento Monocular:		() Olho Direito ou () Olho Esquerdo
2. Medicamento: () Ranibizumabe / () Aflibercepte / () Faricimabe / () Dexametasona Intravitrea		
3. Posologia: Dose: _____ Lote: _____ Validade: ____ / ____ / ____		
4. Quantidade Dispensada: _____		
5. Data da última dispensação: ____ / ____ / ____		
Assinatura e carimbo do médico assistente: _____ Data: ____ / ____ / ____		
Obs: A autorização da próxima dose está condicionada ao envio deste registro para o Planserv.		
Assinatura/Carimbo do Farmacêutico Responsável pela Dispensação: _____ Data: ____ / ____ / ____		