

ANEXO III - EVOLUÇÃO CLÍNICA E REGISTRO DE DISPENSAÇÃO

 EVOLUÇÃO CLÍNICA REGISTRO DE DISPENSAÇÃO 		
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE		
Nome:	CREMEB:	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.		
IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO		
Nome:	CRF/UF:	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.		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:	Cód. Identificação PLANSERV:	
Data de nascimento: ____/____/____	Sexo:	Telefone: ()
EVOLUÇÃO CLÍNICA		
Diagnóstico ☐ DMRI ☐ OVR ☐ EMD		
Encaminhar laudos dos exames para as próximas aplicações:		
☐ Angiografia Fluoresceínica (AFG); e/ou ☐ Tomografia de Coerência Óptica (OCT)		
Acometimento: ☐ Unilateral ☐ Bilateral		
Foram utilizados recursos ópticos mais sofisticados?		
☐ Não ☐ Sim. Quais? _____		
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E DISPENSAÇÃO		
Tratamento: ☐ Olho Direito ☐ Olho Esquerdo ☐ Ambos os Olhos		
Medicamento: ☐ Ranibizumabe ☐ Aflibercepte ☐ Faricimabe ☐ Dexametasona Aplicação Intravítrea.		
Posologia: _____ Quantidade: _____		
Data da última dispensação ____/____/____ ☐ Olho Direito ou ☐ Olho Esquerdo		
Local e Data:	Médico Assistente/CRM:	
Obs: A autorização da próxima dose está condicionada ao envio deste registro para o Planserv. Assinatura/Carimbo do Farmacêutico Responsável pela Dispensação.		