



Ministério da
Educação

RECEITUÁRIO

ITEM 03

UF

NÚMERO

SE

Data: / /

Paciente (nome)

Medicamento ou Substância

ITEM 4

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF

NÚMERO

SE

B

Identificação do emitente

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO/SE
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
Av. Brasília s/n – Bairro Novo Horizonte – Lagarto/SE
CNPJ: 15.126.437/0031-69 | Fone: (79) 3632-2000

_____DE _____DE _____

Assinatura e Carimbo do Profissional

PACIENTE - NOME _____

ENDEREÇO _____

Identificação do comprador

Nome _____

Endereço _____

Ident. n.º _____ Órgão emissor _____ Tel. _____

Carimbo do Fornecedor

Nome do vendedor: _____

_____/_____/_____
Data

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

SE

Paciente _____(nome)



ITEM 05

SE

B2

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO/SE
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
Av. Brasília s/n – Bairro Novo Horizonte – Lagarto/SE
CNPJ: 15.126.437/0031-69 | Fone: (79) 3632-2000

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

PACIENTE - NOME _____

ENDEREÇO _____

____ DE _____ DE _____

Assinatura e Carimbo do Profissional

Identificação do comprador

Nome _____

Endereço _____

Ident. n.º _____ Órgão emissor _____ Tel. _____

Carimbo do Fornecedor

Nome do vendedor:

Data

DADOS DA GRÁFICA



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

ITEM 06

1ª via: farmácia
2ª via: paciente
3ª via: prontuário

Identificação do emitente

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO/SE
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
Av. Brasília s/n – Bairro Novo Horizonte – Lagarto/SE
CNPJ: 15.126.437/0031-69 | Fone: (79) 3632-2000

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Assinatura e carimbo

Identificação do comprador

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Identificação do fornecedor

Assinatura do farmacêutico

Data: ____/____/____



ITEM 07

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO/SE
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
Av. Brasília s/n – Bairro Novo Horizonte – Lagarto/SE
Fone: (79) 3632-2000

ITEM 08

	NOME COMPLETO DO RECEPTOR	
	DATA DE NASCIMENTO DO RECEPTOR	
	LOCALIZAÇÃO / LEITO DO RECEPTOR	
ABO RhD / RECEPTOR	Nº DE REGISTRO	NÚMERO DA BOLSA
ABO RhD / BOLSA	P.A.I I e II	PROVA CRUZADA
RESPONSÁVEL PELA COMPATIBILIZAÇÃO		DATA DE COMPATIBILIZAÇÃO
DATA DO ENVIO - HEMOCOMPONENTE P/ TRANSFUSÃO		INÍCIO TRANSFUSÃO : H
RESPONSÁVEL PELA LIBERAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE		TÉRMINO TRANSFUSÃO : H