



PREFEITURA
DE PELOTAS
SECRETARIA DE SAÚDE

FARMÁCIA MUNICIPAL

CADASTRO DE USUÁRIO PARA RETIRADA DE PSICOFÁRMACOS

NOME PACIENTE: _____

Carteira de identidade: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: M() F ()

Endereço: _____

Bairro: _____ Fone: _____

NOME MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

Carimbo: _____ Assinatura: _____

Telefone para contato com médico: _____

DADOS SOBRE TRATAMENTO: _____

PARA EFETUAR O CADASTRO É NECESSÁRIO:

XEROX DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, NA CIDADE DE PELOTAS, NO NOME DO PACIENTE OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, RECEITA SUS (validade trinta dias).

PARA RETIRADA MENSAL DE PSICOFÁRMACO: CARTÃO DA FARMÁCIA DO PACIENTE, RECEITA SUS NO NOME DO PACIENTE, IDENTIDADE DA PESSOA QUE IRÁ RETIRAR A MEDICAÇÃO.

MENORES DE 18 ANOS NÃO PODERÃO RETIRAR PSICOFÁRMACOS.

MEDICAMENTO	DOSE	POSOLOGIA	MEDICAMENTO	DOSE	POSOLOGIA
Ác. valpróico 250 mg cp			Fenitoína 100 mg cp		
Ác. valpróico xpe			Fenitoína susp.		
Amitriptilina 25 mg cp			Fenobarbital 100 mg cp		
Biperideno 2 mg cp			Fenobarbital gts		
Biperideno inj.			Flufenazina depot inj.		
Carbamazepina 200 mg cp			Fluoxetina 20 mg cp.		
Carbamazepina susp 2% susp.			Haloperidol 5 mg cp		
Carbonato de lítio 300 mg cp			Haloperidol 2% gts		
Clorpromazina 4% gts			Haloperidol decanoato inj		
Clorpromazina 5mg/ml inj. amp			Imipramina 25 mg cp		
Clorpromazina 25 mg cp			Nortriptilina 25 mg cp		
Clorpromazina 100 mg cp			Penfluridol 20 mg cp		
Diazepam 5 mg/ml inj. amp.			Sulperida 200 mg cp		
Diazepam 5 mg cp					