








Paciente:

Médico resp.:

Prontuário:

Data:







TABELA DE HORÁRIO DOS MEDICAMENTOS

Período	Horário	Quantidade	Medicamento	Como usar			
				 A Água	 B Leite	 C Suco	 D Outro
<b>Jejum</b>							
<b>Café da Manhã</b> 							
<b>Intervalo 1</b>							
<b>Almoço</b> 							
<b>Intervalo 2</b>							
<b>Jantar</b> 							
<b>Ao deitar</b>							
<b>IMPORTANTE: ANOTAR NO VERSO QUALQUER REAÇÃO DESAGRADÁVEL COM O MEDICAMENTO E TRAZER ESTA FICHA NA PRÓXIMA CONSULTA</b>							
Observações:							

Farmacêutica resp. : \_\_\_\_\_ CRF/SP: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

Nome Paciente:		Médico:			
Nº na Farmácia:	Cadastro SUS:	Data Nascimento:	Idade:	Data de atendimento:	
Farmacêutico:					

**Guia de Uso de Medicamentos: A Hora Certa de Tomar seus Medicamentos**

<b>Horário</b>	<b>Medicamentos</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Jejum</b> <b>h</b> 		
<b>Café da manhã</b> <b>h</b> 		
<b>Almoço</b> <b>h</b> 		
<b>Lanche da Tarde</b> <b>h</b> 		
<b>Jantar</b> <b>h</b> 		
<b>Dormir</b> <b>h</b> 		

**OBSERVAÇÕES:**

**IMPORTANTE: ANOTAR NO VERSO QUALQUER REAÇÃO DESAGRADÁVEL COM O REMÉDIO E TRAZER ESTA FICHA NA PRÓXIMA CONSULTA**

Horários ajustados de acordo com a rotina do paciente respeitando-se as recomendações de administração de cada medicamento.

Nome da Farmacêutico - CRF \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Médicos: \_\_\_\_\_

TABELA DE HORÁRIO DOS MEDICAMENTOS

Período	Horário	Qtd	Medicamento	Como você deve tomar			
				 <b>A</b> Água	 <b>B</b> Leite	 <b>C</b> Suco	 <b>D</b> Outro
Manhã 							
Tarde 							
Noite 							

FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ CRF/SE: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_