

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE CAMPUS LAGARTO CIMUFS – CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS DE LAGARTO



SOLICITAÇÃO	DATAS E HORÁRIOS	DATAS E HORÁRIOS	REQUERENTE:
Nº: ANO:	Data solic. __/__/__ Hora solic. (:)	Data resp. __/__/__ Hora resp. (:)	1. Paciente 3. Comunidade 2. Profissional

TEMPO PARA RESPOSTA:

1. 0-30 min 2. 31-59 min 3. 1-5 horas 4. 6-23 horas 5. 1-2 dias 6. 2-3 dias 7. Mais de 3 dias

DADOS DO SOLICITANTE:

Nome: _____ Telefone (s): _____

Sexo biológico 1. Feminino 2. Masculino 3. Não Informado Data de nascimento ____/____/____

Orientação sexual 1. Heterossexual 2. Homossexual 3. Transexual 4. Não Informado 5. Bissexual

Gênero _____

E-mail: _____ Cidade: _____ Estado: _____

É o usuário do medicamento em questão? _____ 01. SIM 02. NÃO 03. NÃO SE APLICA 04. Não informado

PROFISSÃO:

- | | |
|------------------|--------------------------------------|
| 01. Enfermeiro | 04. Estudante de graduação em saúde. |
| 02. Farmacêutico | Qual? _____ |
| 03. Médico | 05. Outra profissão da saúde: _____ |
| | 06. Outros: _____ |

PERGUNTA: _____

TEMA DA SOLICITAÇÃO:

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 01. Administração | 07. Equivalência terapêutica | 13. Interações medicamentosas |
| 02. Indicações de uso | 08. Bibliografia | 14. Toxicologia |
| 03. Compatibilidade | 09. Farmacocinética | 15. Estabilidade |
| 04. Conservação/armazenamento | 10. Teratogenicidade | 16. Preparo |
| 05. Contraindicação | 11. Farmacologia geral | 17. Reações adversas |
| 06. Legislação | 12. Farmacotécnica | 18. Resíduo/descarte |

SOLICITAÇÃO RECEBIDA POR:	SOLICITAÇÃO RESPONDIDA POR:	SOLICITAÇÃO REVISADA POR:
_____	_____	_____

VIA DE RECEBIMENTO: []
VIA DE RESPOSTA: []

01. Ramal
02. E-mail
03. Pessoalmente
04. Telefone

COMPLEXIDADE DA SOLICITAÇÃO:

- () Baixa
() Média
() Alta