



MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

SERVIÇO DE CONTROLE E INFORMAÇÃO
DE MEDICAMENTOS
Tel: 21 2599-5503
Email: scim@hnmd.mar.mil.br

Data da solicitação: ____/____/____	Hora da solicitação: ____:____	Data da resposta: ____/____/____	Hora da resposta: ____:____
--	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

Via da Recepção: Telefone Fax E-mail Pessoalmente

Solicitante:

- Médico
 Enfermeiro
 Farmacêutico
 Outros: _____

Origem:

- Setor: _____
 Outros: _____

Solicitação:

Classificação da Solicitação:

<input type="checkbox"/> Administração	<input type="checkbox"/> Bibliografia/Monografia	<input type="checkbox"/> Composição/Princípio Ativo
<input type="checkbox"/> Disponibilidade	<input type="checkbox"/> Fornecedor	<input type="checkbox"/> Interação Droga x Droga
<input type="checkbox"/> Padronização	<input type="checkbox"/> Preço	<input type="checkbox"/> Reconstituição / Diluição
<input type="checkbox"/> Apresentação Comercial	<input type="checkbox"/> Compatibilidade	<input type="checkbox"/> Conservação/Estabilidade
<input type="checkbox"/> Equivalência/Similaridade	<input type="checkbox"/> Indicações Terapêuticas	<input type="checkbox"/> Legislação
<input type="checkbox"/> Posologia	<input type="checkbox"/> Reações Adversas	<input type="checkbox"/> Outros: _____

Resposta:

Referências:

Assinatura do Solicitante

ATENÇÃO:

Reação adversa ou queixa técnica preencher o formulário: Notificação Reação Adversa, que está disponível na página do HNMD. http://www.hnmd.mb/vds/16-farmacia/documentos_da_farmacia/Notificacao_Reacao_Adversa_ao_Medicamento.pdf