

FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO DOS PRESCRITORES DE TALIDOMIDA

CADASTRO Nº:

INFORMAÇÕES DO MÉDICO PRESCRITOR:

Nome:

Especialidade:

nº CRM:

E-mail:

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

Logradouro:

nº:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone: (____)

Fax: (____)

Endereço comercial:

Logradouro:

nº:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone: (____)

Fax: (____)

Orientações:

- Todos os prescritores que utilizarão o talonário de Talidomida devem estar cadastrados neste DEVIS/DDM;

Declaro conhecer os riscos e as normas que envolvem a prescrição do medicamento Talidomida.

Local e data:

Carimbo e Assinatura do médico

Autoridade Sanitária competente:

Nome do responsável pelo cadastramento:

Nº do registro funcional:

Carimbo e assinatura do responsável pelo cadastramento