GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PUBLICA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ASSITÊNCIA FARMACÊUTICA
FORMULÁRIO PACIENTE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Município _____CRS_____

Unidade de Saúde Municipal: _____

Dados do Paciente

Nome do paciente:_____

Nome da mãe:_____

Data de Nascimento:_____CPF:_____

RG:_____ Cartão Nacional do SUS:_____

Endereço Completo: _____

_____

_____

Documentos Obrigatórios

1. Cópia do Comprovante de Residência do Paciente (atualizado);
2. Cópia do Cartão Nacional do SUS, CPF e RG do Paciente;
3. Laudo Médico de Especialista vinculado à Unidade de Saúde ou Credenciado pelo SUS, com indicação de Incontinência Urinária e/ou Bexiga Neurogênica conforme justificativa médica e CID (Protocolo Estadual de Incontinência Urinária), carimbo e assinatura do médico;
4. Prescrição médica atualizada para 06 meses;
5. Avaliação e Parecer Social do usuário assinados pelo Assistente Social da Unidade Básica de Saúde, com carimbo e assinatura.

Solicitação de Medicamento

1. Baclofeno 10 mg comprimido – Quantidade Solicitada ( )
2. Cloridrato de Oxibutina 5 mg comprimido – Quantidade Solicitada ( )

Assinatura e carimbo do Responsável pelas informações da Unidade de Saúde:_____

OBS: Este formulário deve ser encaminhado com os documentos obrigatórios para a Coordenação Municipal de Pessoas com Deficiências ou Coordenação Similar (Resolução CIB-SUS/Panº123, de 21 de novembro de 2017).

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ		
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PUBLICA		
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ASSITÊNCIA FARMACÊUTICA		
SOLICITAÇÃO MENSAL DE MEDICAMENTO DO PROTOCOLO ESTADUAL DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA (MUNICIPIO / CENTRO REGIONADE SAÚDE)		
MUNICIPIO:	**CRS:**	**MÊS:**
BACLOFENO 10 MG COMRIMIDO		
NOME DO PACIENTE	CID	QUANTIDADE
CLORIDRATO DE OXIBUTINA 5 MG COMPRIMIDO		
NOME DO PACIENTE	CID	QUANTIDADE
FARMACÊUTICO (A) DO MUNICÍPIO:		

OBS: Encaminhar o formulário de solicitação de medicamentos de Incontinência Urinária, com os Formulários de Paciente e Documentos Obrigatórios, ao Centro Regional de Saúde conforme Protocolo Estadual de Incontinência Urinária (Resolução CIB-SUS/Panº123, de 21 de novembro de 2017).

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PUBLICA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ASSITÊNCIA FARMACÊUTICA
SOLICITAÇÃO MENSAL DE MEDICAMENTO DO PROTOCOLO ESTADUAL DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA (CENTRO REGIONAL DE SAÚDE/ DEAF)
CRS: **MÊS:**

BACLOFENO 10 MG COMRIMIDO		
NOME DO PACIENTE	CID	QUANTIDADE

CLORIDRATO DE OXIBUTINA 5 MG COMPRIMIDO		
NOME DO PACIENTE	CID	QUANTIDADE

FARMACÊUTICO (A) DO CRS:

OBS: Encaminhar para o DEAF/SESPA, o consolidado de solicitação de medicamentos de seus municípios para o e-mail do atendimentos.deaf@gmail.com e gestaoaf.deaf@gmail.com (Resolução CIB-SUS/Panº123, de 21 de novembro de 2017).