



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)
Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (SAFTEC)
Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF)
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (COAFE)

TERMO DE COMPROMISSO PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INJETÁVEIS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CEAF)

(Este termo permanecerá válido enquanto não houver alteração das informações aqui registradas)

Este Termo de Compromisso tem por finalidade registrar a unidade de saúde onde será realizada a administração, via subcutânea ou intramuscular, do medicamento injetável fornecido pelo CEAF, bem como identificar o profissional de saúde responsável pela administração, contribuindo para a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e o uso adequado do medicamento.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E TRATAMENTO

Nome do paciente: _____ CPF: _____

Medicamento (nome genérico): _____

2. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Unidade de Saúde: _____ CNES: _____

Município: _____ Telefone: () _____

3. PROFISSIONAL DE SAÚDE RESPONSÁVEL PELA ADMINISTRAÇÃO

Nome: _____ CPF: _____

Profissão: _____ Conselho de Classe nº: _____ Telefone: () _____

Declaração do Profissional

Declaro que sou profissional legalmente habilitado, responsável por realizar a administração do medicamento acima identificado, observando as atribuições da minha profissão, os protocolos assistenciais vigentes, as orientações descritas em bula e as boas práticas de administração de medicamentos.

Data: ____/____/____ Assinatura e carimbo: _____

4. CIÊNCIA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Declaração do paciente ou responsável legal:

Declaro estar ciente de que a administração do medicamento será realizada na unidade de saúde identificada neste termo e comprometo-me a comunicar à equipe da Assistência Farmacêutica qualquer alteração das informações aqui registradas que possa impactar a continuidade do tratamento.

Data: ____/____/____ Assinatura do paciente: _____

Responsável legal (se aplicável):

Nome do responsável legal: _____ CPF: _____

Assinatura do responsável legal: _____