

CHECK LIST MEDICAMENTO

CÓDIGO: UPA.ENF. FORM.016

REVISÃO: 000

SETOR: ENFERMAGEM

DATA DE ELABORAÇÃO:
04/05/2024

DATA DE REVISÃO:
04/05/2024

PÁGINA: 1/1

SALA DE MEDICAÇÃO

ANTES DE ADMINISTRAR O MEDICAMENTO, VERIFIQUE A PRESCRIÇÃO DO PACIENTE NO SISTEMACELK.

PACIENTE: _____ DN: ____/____/____

É UM MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA? () ALERGIA MEDICAMENTOSA? _____

MEDICAMENTO	DOSE	VIA

Destino do paciente pós medicação:

- () Alta
() Retorno médico
() Recusou o medicamento
() Evasão

APÓS ADMINISTRAR O MEDICAMENTO, FAÇA O REGISTRO DA BAIXA NA PRESCRIÇÃO DO PACIENTE NO SISTEMACELK.

Data: ____/____/____

Carimbo e assinatura do profissional

ELABORADOR	CONCENSO	APROVADOR
Nome: Etienne Dilde Cardoso Candido Função: Coordenadora Assistencial Data: 04/05/2024	Nome: Hilton Alves De Sousa Junior Função: Enfermeiro Da Qualidade Data: 04/06/2024	Nome: Alan Masahiro Sebata Função: Gerente Data: 04/06/2024