

TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA REMÉDIO NA PORTA

Sou paciente () Responsável legal () Representante autorizado ()

Nome: _____

CPF: _____, por meio deste termo, manifesto meu interesse em participar do Programa Remédio na Porta, estando ciente dos critérios de avaliação para a inclusão e permanência no programa.

Nome do paciente: _____ CNS: _____

Critérios de Inclusão	Condições para participação
<p>Usuário com cadastro ativo no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) em Pernambuco que possua diagnóstico de uma das seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico de Artrite (<i>a partir de 60 anos</i>); ● Diagnóstico de Asma (<i>a partir de 60 anos</i>); ● Diagnóstico de Doença de Alzheimer; ● Diagnóstico de Doença de Parkinson; ● Diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (<i>a partir de 60 anos</i>); ● Diagnóstico de Epilepsia; ● Diagnóstico de Esclerose Múltipla/ Sistêmica; ● Diagnóstico de Esquizofrenia; ● Diagnóstico de Insuficiência Cardíaca (<i>a partir de 60 anos</i>); ● Diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar; ● Diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade; ● Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista. 	<ul style="list-style-type: none"> ● O programa é destinado a usuários que utilizam medicamentos que podem ser armazenados em temperatura ambiente; ● Os endereços e telefones informados devem estar atualizados; ● O usuário deve apresentar toda a documentação conforme previsto nas normas do CEAF para solicitação, renovação e/ou adequação; ● No caso de cadastro inicial, é obrigatório o comparecimento presencial na unidade mais próxima da Farmácia de Pernambuco, no ato da primeira dispensação, para receber orientações e cuidado farmacêutico.

Casos de suspensão do cadastro:

- Alteração do tratamento com a inclusão de medicamentos que necessitem de armazenamento sob refrigeração;
- Mudança da responsabilidade pela gestão do medicamento, alterando a esfera de estadual para municipal;
- Ocorrência de duas devoluções consecutivas pela empresa responsável pela entrega, devido a tentativas frustradas de localização do endereço ou não atendimento ao entregador;
- Alteração de endereço sem aviso prévio à Farmácia de Pernambuco.
- Falecimento do usuário.
- Informações falsas e/ou descumprimento das normas estabelecidas em resolução publicada.

Estou ciente de que não poderei fazer retiradas nas unidades de atendimento presencial e que é de minha total responsabilidade a entrega da documentação e da renovação em tempo hábil, para não prejudicar o tratamento, e de que qualquer alteração no endereço deve ser comunicada.

Endereço para entrega do medicamento: () Residencial () Comercial

Rua/Avenida: _____

Nº	Bairro:	CEP:	Complemento:
Ponto de referência:			Cidade/Estado:
Telefone para contato: () / ()			

- ✓ Aprovado para o programa em: _____ de _____ de _____
- ✓ Assinatura do paciente/representante _____
- ✓ Assinatura do farmacêutico _____



PROGRAMA REMÉDIO NA PORTA			Data:
Paciente:			CNS:
CID	Peso (Kg):	Altura (m)	CRM:
Vigência:	Última Dispensação:		CNES:
<u>Medicamento Utilizado:</u>			<u>Quantidade:</u>