



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – GERAFA
POLO DE APLICAÇÃO (NOME DO POLO)

FICHA DE CONTROLE INDIVIDUAL DE PACIENTE

Paciente: _____ CNS: _____
 Endereço: _____ Fone: _____
 Medicamento: **Palivizumabe (Synagis)** Apresentação: _____ mg/mL
 Dr. (ª) _____ CRM: _____

Data	Validade	Lote	Peso (kg)	Quantidade (0,15xPeso)	Assinatura do paciente/responsável	Aplicado por
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

OBS.: