

	<b>FORMULÁRIO</b>	Nome: _____
	<b>PRESCRIÇÃO VERBAL POR TELEFONE</b>	Data de nascimento: ____/____/____ PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

### CUIDADOS COM A PRESCRIÇÃO VERBAL

Segundo o Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e administração de medicamentos, publicado pelo Ministério da Saúde e aprovado pela Portaria MS nº 2.095/2013, as prescrições verbais podem ser realizadas, porém devem ser restritas às situações de urgência e emergência, devendo, obrigatoriamente, serem transcritas no prontuário do paciente assim que possível. É importante que o funcionário que recebe a prescrição verbal solicite a validação das informações de forma protocolar, visando a segurança do paciente.

Os artigos 37 e 114 do Código de Ética Médica vedam ao médico, respectivamente, prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nessas circunstâncias, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.

Este formulário é regido pelo POP de Prescrição Verbal (PR.DC.006.00).

#### MÉDICO QUE SOLICITOU A PRESCRIÇÃO VERBAL

#### MEDICAÇÃO PRESCRITA:

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	
<b>APRESENTAÇÃO</b>	
<b>DOSE</b>	
<b>VIA</b>	
<b>POSOLOGIA</b>	

A prescrição foi confirmada? ( ) sim ( ) não

**JUSTIFICATIVA PARA PRESCRIÇÃO VERBAL** (confirmar no protocolo de prescrição se não preenche critérios para avaliação ou prescrição pelo médico plantonista):

DATA: ____/____/20__  HORÁRIO DA LIGAÇÃO: ____:____ HS	Assinatura do ENFERMEIRO que recebeu a prescrição
O MÉDICO FEZ A TRANSCRIÇÃO? ( ) sim ( ) não. Descrever o motivo:	Data: ____/____/20____   Assinatura do enfermeiro do dia seguinte (após conferência se a prescrição foi realizada em prontuário)