

Quebra de medicamentos controlados pela Portaria 344/98

CAMPOS PARA PREENCHIMENTO DO TÉCNICO / AUXILIAR DE FARMÁCIA		DATA: ____/____/____	
Medicamento:			
Unidade: () Ampola () Frasco-Ampola () Ampola () Frasco			
Lote:	Validade:		
Quantidade:	Assinatura do técnico/auxiliar de farmácia:		
CAMPOS PARA PREENCHIMENTO DO FARMACÊUTICO		DATA: ____/____/____	
Colaborador apresentou medicamento quebrado? () Sim () Não			
As informações acima foram conferidas? () Sim () Não			
A baixa no sistema foi realizada? () Sim () Não			
Em caso de negativo, justifique:			
Número da requisição do Tasy:			
Farmacêutico responsável:			

CAMPOS PARA PREENCHIMENTO DO TÉCNICO / AUXILIAR DE FARMÁCIA		DATA: ____/____/____	
Medicamento:			
Unidade: () Ampola () Frasco-Ampola () Ampola () Frasco			
Lote:	Validade:		
Quantidade:	Assinatura do técnico/auxiliar de farmácia:		
CAMPOS PARA PREENCHIMENTO DO FARMACÊUTICO		DATA: ____/____/____	
Colaborador apresentou medicamento quebrado? () Sim () Não			
As informações acima foram conferidas? () Sim () Não			
A baixa no sistema foi realizada? () Sim () Não			
Em caso de negativo, justifique:			
Número da requisição do Tasy:			
Farmacêutico responsável:			



SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
Hospital São Paulo/ HU UNIFESP



Quebra de Medicamentos Controlados pela Portaria 344/98
FORM.FARM.028
Revisão: 000
DE: 26/11/2025

HSP - Hospital São Paulo
SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo