



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA**

Secretaria Municipal de Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Gerência de Vigilância Sanitária

**RELAÇÃO PARA CONTROLE DO USO DE MEDICAMENTOS  
NOS RESIDENTES NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA  
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS  
(EXCLUSIVO PARA ILPI)**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA**

Razão social (pessoa jurídica) ou nome (pessoa física):

CNPJ ou CPF:	Insc. Municipal:

**2 - MEDICAÇÃO ADMINISTRADA E COMORBIDADES**

2.1 NOME DO RESIDENTE:	IDADE	GRAU DE DEPENDÊNCIA

**FAZ USO DE :**

**MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO . QUAL (IS)?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**USO DE CINCO OU MAIS FÁRMACOS DIFERENTES, POR PRESCRIÇÃO MÉDICA. QUAIS?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**USO DE MEDICAMENTOS PARA DORMIR ? QUAL (IS)**

**USO DE DROGAS PSICOATIVAS ?**

**COMORBIDADES EXISTENTES**

**USO DE Sonda VESICAL**

**CANCER**

**DIABETIS**

**HIPERTENSAO**

**FERIDAS CRONICAS**

**SONDA ALIMENTAR**

**OUTRAS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Obs.: Caso o campo seja insuficiente, apresentar a descrição em documentação complementar em anexo.)

Local e Data	_____, ____/____/____	Assinatura do requerente/Procurador (anexar procuração)	CPF: _____
--------------	-----------------------	---	------------