PREFEITURA RIO | RioSaúde	**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA GUARDA DE MEDICAMENTO DE USO PRÓPRIO**

UNIDADE:	SETOR:

NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:	DATA DE ENTRADA:	BAE/PRONTUÁRIO:

O presente Termo de Consentimento tem como finalidade registrar a ciência e a concordância do(a) paciente e/ou responsável legal quanto às orientações e normas institucionais referentes à guarda de medicamentos de uso próprio durante o período de permanência na unidade.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Declaro que fui devidamente orientado(a) de que:

- Os medicamentos de uso próprio não deverão ser utilizados durante o período de permanência na unidade sem avaliação e autorização prévia da equipe multiprofissional;
- A utilização de medicamentos trazidos de casa, sem validação institucional, pode representar riscos à segurança do paciente, como erros de medicação, interações medicamentosas, duplicidade terapêutica ou uso inadequado;
- Caso haja necessidade clínica de utilização do medicamento de uso próprio, este deverá ser avaliado, identificado e registrado pela equipe de saúde, seguindo os protocolos institucionais vigentes.

GUARDA DO MEDICAMENTO

Estou ciente de que:

- Os medicamentos de uso próprio serão:
  - Entregues à equipe de farmácia para guarda segura durante o período de permanência na unidade (medicamentos termolábeis);
  - Devolvidos ao responsável legal para guarda externa;
  - Mantidos sob guarda institucional, conforme avaliação da equipe assistencial.

A instituição não se responsabiliza por perdas, extravios ou danos de medicamentos mantidos sob posse direta do paciente ou acompanhante, quando não entregues formalmente à unidade;
Medicamentos sem identificação, vencidos, com embalagem violada ou em condições inadequadas de armazenamento não poderão ser utilizados e poderão ser devolvidos ao responsável.

RESPONSABILIDADES

Declaro que compreendo e concordo que:

- Não farei uso de nenhum medicamento de uso próprio sem o conhecimento e autorização da equipe assistencial;
- Informarei imediatamente à equipe de saúde sobre qualquer medicamento que esteja sob minha posse ou de meu acompanhante;
- O descumprimento das orientações poderá acarretar riscos à minha saúde, isentando a instituição de responsabilidade por eventos adversos decorrentes do uso não autorizado.

CONSENTIMENTO

Após receber todas as orientações necessárias, declaro que estou ciente e de acordo com as normas institucionais referentes à guarda e ao uso de medicamentos de uso próprio durante o período de permanência na unidade.

MEDICAMENTO	QUANT.	LOTE	VALIDADE	OBSERVAÇÃO

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL	
NOME:	
DATA:	ASSINATURA:

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ORIENTAÇÃO E RECOLHIMENTO DO MEDICAMENTO	
NOME:	
DATA:	ASSINATURA:

DEVOLUÇÃO

MEDICAMENTO	QUANT.	LOTE	VALIDADE	OBSERVAÇÃO

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL	
NOME:	
DATA:	ASSINATURA:

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA DEVOLUÇÃO	
NOME:	
DATA:	ASSINATURA: