

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA AO DOMICÍLIO DE MEDICAMENTOS

Eu _____
[nome do doente em letra de imprensa]

portador do C.C./B.I. n.º _____, processo hospitalar CHP n.º _____ declaro que autorizo a entrega de medicamentos, através da empresa de transporte de medicamentos certificada, na morada _____

Código Postal _____ - _____, Localidade _____

contacto telefónico _____ .E-mail: _____

Eu ou a quem eu solicite para receber o medicamento fica comprometido a garantir a conservação do mesmo à temperatura indicada.

Sei que se trata de um medicamento de conservação no frigorífico (temperatura entre 2° - 8° C)

Sei que se trata de um medicamento de conservação à temperatura ambiente 25° C

Aceito partilhar os meus dados (nome, morada, telemóvel, e-mail) com a empresa de transporte de medicamentos.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / _____

Se tiver questões relacionadas coma sua medicação, deve entrar em contacto com os Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Universitário do Porto, pelos seguintes contactos:

CHUP Geral: 222 077 500

CHUP Serviços Farmacêuticos; 222 077 560 E-mail: ambulatorio.farmacia@chporto.min-saude.pt

Confirmo que o doente acima identificado concordou em receber a sua medicação na morada acima indicada.

Assinatura e n.º mecanográfico do Farmacêutico: _____

Data: ____ / ____ / _____