



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Formulário para Solicitação de Medicamentos –HAP

Ficha de Acompanhamento Semestral

CID Principal: _____ CID Secundário: _____	
Nome do paciente:	
Endereço:	
CEP:	Município: UF:
Data de nascimento:	
Nome da mãe:	

Unidade solicitante:	
CNES:	

Número do prontuário do paciente na Unidade:																				
CNS / paciente:																				
Tipo de tratamento																				

Medicamento	Posologia
<input type="checkbox"/> bosentana	
<input type="checkbox"/> sildenafil	
<input type="checkbox"/> iloprost	

Exames	Data	Resultado
Classe funcional		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Teste de caminhada 6 min.		
TGO(*)		
TGP(*)		
Fundo de olho(**)		

Data: / /	CNS/médico responsável:																			
Carimbo	CPF/médico responsável:																			
	Assinatura																			

RECIBO

Data: / /	Assinatura do paciente /responsável:	
-----------	--------------------------------------	--