

SC ..... SRL/SA , CUI ..... FARMACIA .....

ADRESA ( Județ, Localitate, strada nr. ).....

ANEXA NR .... LA RBPF - PL .....

## FIȘĂ DE ASISTENȚĂ FARMACEUTICĂ ÎN SITUAȚII DE URGENȚĂ

PACIENT

APARTINĂTOR

DATA .....

1. **DATE DE IDENTIFICARE PACIENT :** NUME..... PRENUME .....

SEX **M/F** VARSTA ..... DOMICILIU ( județ, localitate) .....

PACIENT NOU

PACIENT CUNOSCUȚ

2. **PROBLEMA CU CARE SE PREZINTĂ PACIENTUL ÎN FARMACIE** (*Necesitatea inițierii sau continuării unui tratament cu medicamente Rx în urgență*)

3. **ANAMNEZA FARMACEUTICĂ** medicația utilizată (Rx , OTC, alte produse), modul lor de utilizare, observații (durată trat., efecte secundare) pentru afecțiunea/simptomele curente, asociate

Nr crt	Rx /OTC / alt produs	Afectiune/simptome	Mod de adm.	Observatii

Alte informații patologice (alergii) sau fiziologice (sarcină, alăptare etc) .....

Documentul medical prezentat de pacient **TIP/ NR/ DATA** .....  
(*scrisoare medicală / bilet de ieșire din spital / rețetă expirată / alt document care conține medicația*)

4. **MEDICAȚIA ELIBERATĂ PENTRU O PERIOADĂ DE .....** (dacă este cazul)

Nr crt	Rx /OTC / alt produs	Afectiune/simptome	Mod de adm. /păstrare	Obs.

### 5. RECOMANDĂRI

- Consult medical **de urgență**
- Consult medical în cel mai scurt timp posibil
- Regim de viață asociat

**ÎNTOCMIT FARMACIST ( Nume, Prenume, semnătură)**

**NR BON FISCAL .....**