



(identificação unidade de saúde)

Formulário para Dispensação de Vitamina D3 1000 UI/Gota Solução Oral (colecalfiferol)

1. Identificação do(a) usuário(a)

Nome/Nome Social: _____

Raça/Cor: () Amarelo () Branco () Indígena () Pardo () Preto

Sexo: () Masculino () Feminino () Intersexo CNS: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

2. Medicamento

Vitamina D3 1000 UI/gota - solução oral

3. Elegibilidade

() Início do tratamento: usuário com idade igual ou maior a 60 anos e dosagem sérica de vitamina D3 menor ou igual a 30ng/dL.

() Manutenção: usuário com idade igual ou maior a 60 anos e em reposição de vitamina D3.

3.1. Recomendação

Na suplementação de vitamina D3 recomenda-se repetir o exame a cada 6 meses para acompanhar a evolução dos níveis e adequar, se necessário, de acordo com a dosagem sérica e condição clínica do indivíduo.

4. Identificação do prescriptor

Nome: _____

Conselho de Classe nº: _____

Assinatura: _____

5. Identificação do dispensador

Autorizado

Data: ____/____/____

() Sim () Não Motivo: _____