

Questionário de Medicamentos Concomitantes	
Nº: <small>(campo destinado a preenchimento da Medstar)</small>	Ano: <small>(campo destinado a preenchimento da Medstar)</small>
Dados do Produto	
Produto:	
Lote:	Apresentação:
Data de Fabricação:	Data de Validade:
Indicação do Produto:	
Dados do Paciente / Relator	
Identificação do Paciente: <small>(nome ou iniciais)</small>	
Relator:	
Medicamentos concomitantes	
Medicamento: ____ Nome Comercial: Princípio ativo: Fabricante: Forma farmacêutica: Posologia adotada: _____ com intervalo de: Via de administração: Dose total diária: Data/hora do início do uso do medicamento: Data/hora do término do uso do medicamento:	
Medicamento: ____ Nome Comercial: Princípio ativo: Fabricante: Forma farmacêutica: Posologia adotada: _____ com intervalo de: Via de administração: Dose total diária: Data/hora do início do uso do medicamento: Data/hora do término do uso do medicamento:	
Se houver administração de outros medicamentos concomitantes, preencher quanto anexos for necessário. Observações adicionais:	
Responsável pelo preenchimento:	Data: