

FORMULÁRIO DE CANDIDATURA - ADULTO

SERVIÇO DE ENTREGA DE MEDICAÇÃO AO DOMICÍLIO

Este formulário de candidatura ao serviço de entrega de medicação ao domicílio destina-se apenas aos utentes com impossibilidade de providenciar por meios próprio o levantamento da sua medicação.

Os campos marcados com um * são de preenchimento obrigatório

N.º UTENTE DO IPO*

NOME COMPLETO DO DOENTE*

MORADA PARA ENTREGA*

TELEFONE PRINCIPAL*

TELEFONE ALTERNATIVO EMAIL*

MEDICAMENTO 1* (Por favor, indicar nome comercial/ princípio ativo, dosagem)

DATA LIMITE PARA ENTREGA*

MEDICAMENTO 2

DATA LIMITE PARA ENTREGA

MEDICAMENTO 3

DATA LIMITE PARA ENTREGA

MEDICAMENTO 4

DATA LIMITE PARA ENTREGA

A CANDIDATURA FOI SUGERIDA POR UM MÉDICO DO IPO?

NÃO SIM

AUSÊNCIA DE SUBSTITUTO LEGAL OU CUIDADOR

NÃO SIM

JUSTIFICAÇÃO PARA O PEDIDO*

DEBILIDADE DO ESTADO DE SAÚDE

DIFICULDADE DE TRANSPORTE E/OU CIRCULAÇÃO

Autorização de recolha e tratamento de dados*

Confirmando que recebi todas as informações relevantes sobre o serviço, incluindo os termos e condições aplicáveis ao tratamento dos meus dados pessoais pelo IPO, na qualidade de responsável pelo tratamento dos dados. Pretendo participar no serviço e autorizo o tratamento dos meus dados, nos termos descritos na Nota Informativa, que li atentamente.

Compreendo que poderei, nos termos da legislação aplicável em matéria de proteção de dados, exercer os meus direitos de acesso, retificação, limitação do tratamento, portabilidade, oposição e apagamento ("direito a ser esquecido") dos meus dados pessoais, de forma livre, sem restrições e gratuitamente. Para efeito de exercício dos meus direitos ou revogação de consentimento e para quaisquer questões adicionais que possa ter relativas ao tratamento dos meus dados, fui informado que poderei contactar o IPO, através do número 225 084 000 ou por escrito, utilizando para o efeito o endereço de correio eletrónico ambulatoriofarmacia@ipoporto.min-saude.pt ou a morada Rua Dr. Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto.

Termo de responsabilização pela conservação da medicação*

Declaro ter recebido toda a informação relevante sobre o uso e conservação do(s) medicamento(s) que integram o plano terapêutico, prescrito pelo meu Médico e que periodicamente me serão entregues pela Unidade de Farmácia de Ambulatório do Instituto Português de Oncologia do Porto. Responsabilizo-me pela boa utilização do medicamento e por garantir que os mesmos são armazenados no domicílio de forma a garantir as condições de conservação que me foram indicadas. Responsabilizo-me também por qualquer extravio ou dano causado à medicação, enquanto esta estiver ao meu cuidado ou sendo transportada por minha orientação.