RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição:

USO ORAL

1. Bupropiona 150mg _____ 90cp

Tomar 1 comprimido às 8h nos primeiros 3 dias e, depois, tomar 1 comprimido às 8h e 1 comprimido às 16h.

OU

Tomar 1 comprimido, pela manhã do 1º ao 3º dia. A partir do 4º dia, tomar dois comprimidos por dia, com intervalo de oito horas entre eles, sendo que o comprimido da tarde seja até as 17h, para evitar o risco de insônia

Data: _____/_____/_____

_____
Carimbo / Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

_____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição:

USO ORAL

1. Bupropiona 150mg _____ 90cp

Tomar 1 comprimido às 8h nos primeiros 3 dias e, depois, tomar 1 comprimido às 8h e 1 comprimido às 16h.

OU

Tomar 1 comprimido, pela manhã do 1º ao 3º dia. A partir do 4º dia, tomar dois comprimidos por dia, com intervalo de oito horas entre eles, sendo que o comprimido da tarde seja até as 17h, para evitar o risco de insônia

Data: _____/_____/_____

_____
Carimbo / Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

_____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico