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. Amitriptilina 25 mg ---------- 60 comprimidos
Tomar 1 comprimido à noite e titular conforme resposta

Instruções ao paciente:
Faça os exercícios de fortalecimento e alongamento do pescoço orientados — são o tratamento principal.
Cuide da postura e faça pausas (celular, computador); use calor local por ~15 min para aliviar.
Evite tomar analgésico com muita frequência.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
Dor de cabeça súbita e muito forte, ou após um trauma no pescoço (suspeita de dissecção arterial — não manipular o pescoço).
Febre com rigidez de nuca.
Perda de força, alteração da fala ou da visão.
Dor que piora progressivamente ou muda de padrão.

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. Amitriptilina 25 mg ---------- 60 comprimidos
Tomar 1 comprimido à noite e titular conforme resposta

Instruções ao paciente:
Faça os exercícios de fortalecimento e alongamento do pescoço orientados — são o tratamento principal.
Cuide da postura e faça pausas (celular, computador); use calor local por ~15 min para aliviar.
Evite tomar analgésico com muita frequência.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
Dor de cabeça súbita e muito forte, ou após um trauma no pescoço (suspeita de dissecção arterial — não manipular o pescoço).
Febre com rigidez de nuca.
Perda de força, alteração da fala ou da visão.
Dor que piora progressivamente ou muda de padrão.

Data: _____/_____/_____

_____
Carimbo / Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

_____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico