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 de 10 a 25 mg VO à noite, e aumentar conforme resposta e tolerância

2. Topiramato 25 mg ---------- 60 comprimidos
Tomar 1 comprimido por dia e aumentar conforme tolerância e resposta até 200 mg por dia.

Instruções ao paciente:
Reduza ou pare o analgésico usado com frequência, conforme orientação — é o passo mais importante.
Nos primeiros ~15 dias a dor pode piorar antes de melhorar — é esperado; não desista.
Anote num diário os dias com dor e os dias de uso de remédio.
Depois, use analgésico só quando precisar, no máximo 10 a 15 dias/mês.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
Dor de cabeça muito forte e de início súbito.
Febre com rigidez de nuca.
Fraqueza, formigamento, dificuldade para falar ou enxergar.
Dor que muda muito de padrão ou não melhora.

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 de 10 a 25 mg VO à noite, e aumentar conforme resposta e tolerância

2. Topiramato 25 mg ---------- 60 comprimidos
Tomar 1 comprimido por dia e aumentar conforme tolerância e resposta até 200 mg por dia.

Instruções ao paciente:
Reduza ou pare o analgésico usado com frequência, conforme orientação — é o passo mais importante.
Nos primeiros ~15 dias a dor pode piorar antes de melhorar — é esperado; não desista.
Anote num diário os dias com dor e os dias de uso de remédio.
Depois, use analgésico só quando precisar, no máximo 10 a 15 dias/mês.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
Dor de cabeça muito forte e de início súbito.
Febre com rigidez de nuca.
Fraqueza, formigamento, dificuldade para falar ou enxergar.
Dor que muda muito de padrão ou não melhora.

Data: _____/_____/_____

_____
Carimbo / Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

_____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico