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
Iniciar 10 a 25 mg VO à noite e titular conforme resposta e tolerância.
1. Venlafaxina 75 mg ---------- 60 comprimidos
Tomar 1 comprimido pela manhã todos os dias
1. Mirtazapina 30 mg ---------- 60 comprimidos
Tomar 1 comprimido por dia, todos os dias.

Instruções ao paciente:
Descansar em ambiente calmo e escuro. Aplicar compressa fria ou quente na testa ou nuca conforme preferência. Beber água, manter horários regulares de sono e refeições. Evitar abuso de analgésicos — usar no máximo 2 a 3 vezes por semana.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
pior dor de cabeça da vida, crise com duração acima de 72 horas, febre, vômitos em jato, manchas pelo corpo, rigidez de nuca, perda de força ou formigamento em um lado do corpo, dificuldade para falar, boca torta, alterações visuais, convulsões ou sonolência excessiva

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
Iniciar 10 a 25 mg VO à noite e titular conforme resposta e tolerância.
1. Venlafaxina 75 mg ---------- 60 comprimidos
Tomar 1 comprimido pela manhã todos os dias
1. Mirtazapina 30 mg ---------- 60 comprimidos
Tomar 1 comprimido por dia, todos os dias.

Instruções ao paciente:
Descansar em ambiente calmo e escuro. Aplicar compressa fria ou quente na testa ou nuca conforme preferência. Beber água, manter horários regulares de sono e refeições. Evitar abuso de analgésicos — usar no máximo 2 a 3 vezes por semana.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
pior dor de cabeça da vida, crise com duração acima de 72 horas, febre, vômitos em jato, manchas pelo corpo, rigidez de nuca, perda de força ou formigamento em um lado do corpo, dificuldade para falar, boca torta, alterações visuais, convulsões ou sonolência excessiva

Data: _____/_____/_____

_____
Carimbo / Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

_____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico