RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição:

【 Dor orofacial crônica / DTM refratária 】

USO ORAL:

1. Amitriptilina 25 mg ---------- 30 comprimidos
Iniciar 10 a 25 mg à noite, titulando conforme resposta.

A analgesia é sintomática — o essencial é TRATAR A CAUSA. O tratamento específico depende da origem: antibiótico apenas se infecção bacteriana (dental/orofaríngea); anticonvulsante nas neuralgias (ver guia de Neuralgia do trigêmeo); antiviral no herpes-zóster ótico. Não há indicação de gotas otológicas nem antibiótico 'para o ouvido', já que a otoscopia é normal.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
Dor persistente ou progressiva apesar do tratamento, perda de peso, dificuldade para engolir, rouquidão ou caroço no pescoço.

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:

【 Dor orofacial crônica / DTM refratária 】

USO ORAL:

1. Amitriptilina 25 mg ---------- 30 comprimidos
Iniciar 10 a 25 mg à noite, titulando conforme resposta.

A analgesia é sintomática — o essencial é TRATAR A CAUSA. O tratamento específico depende da origem: antibiótico apenas se infecção bacteriana (dental/orofaríngea); anticonvulsante nas neuralgias (ver guia de Neuralgia do trigêmeo); antiviral no herpes-zóster ótico. Não há indicação de gotas otológicas nem antibiótico 'para o ouvido', já que a otoscopia é normal.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
Dor persistente ou progressiva apesar do tratamento, perda de peso, dificuldade para engolir, rouquidão ou caroço no pescoço.

Data: _____/_____/_____

_____
Carimbo / Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

_____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico