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, aumentar até 75 mg, se necessidade.

2. Topiramato 25 mg ---------- 60 comprimidos
Tomar 1 comprimido à noite. Aumentar 25 mg por semana até 200 mg conforme tolerância e necessidade

Instruções ao paciente:
Trate a crise logo no início; tenha o medicamento acessível.
Identifique e reduza gatilhos: sono irregular, jejum, estresse, álcool, fatores hormonais.
Não use analgésico/triptano com muita frequência (no máximo 10 dias/mês) — o excesso cronifica a dor.
Mantenha diário de crises para acompanhar frequência e resposta.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
Dor súbita e intensíssima ("a pior da vida") ou em trovoada.
Febre com rigidez de nuca.
Déficit neurológico focal novo, ou aura atípica/prolongada (> 60 min) ou com fraqueza.
Mudança importante do padrão habitual ou piora progressiva.

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, aumentar até 75 mg, se necessidade.

2. Topiramato 25 mg ---------- 60 comprimidos
Tomar 1 comprimido à noite. Aumentar 25 mg por semana até 200 mg conforme tolerância e necessidade

Instruções ao paciente:
Trate a crise logo no início; tenha o medicamento acessível.
Identifique e reduza gatilhos: sono irregular, jejum, estresse, álcool, fatores hormonais.
Não use analgésico/triptano com muita frequência (no máximo 10 dias/mês) — o excesso cronifica a dor.
Mantenha diário de crises para acompanhar frequência e resposta.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
Dor súbita e intensíssima ("a pior da vida") ou em trovoada.
Febre com rigidez de nuca.
Déficit neurológico focal novo, ou aura atípica/prolongada (> 60 min) ou com fraqueza.
Mudança importante do padrão habitual ou piora progressiva.

Data: _____/_____/_____

_____
Carimbo / Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

_____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico