RECEITUÁRIO

Nome: _____

USO ORAL CONTÍNUO

1. Ácido fólico 0,2 mg/ml ---------- contínuo
Tomar 40 gotas por dia até completar 12 semanas de gestação/até o final da gestação. (conforme o protocolo do seu município)

OU

1. Ácido fólico 5mg ---------- contínuo
Tomar 1 comprimido por dia até completar 12 semanas de gestação/até o final da gestação. (conforme o protocolo do seu município)

+

2. Sulfato ferroso 40mg ---------- contínuo
Tomar 1 comprimido por dia, uma hora antes do almoço e de preferência com suco natural de fruta cítrica até completar 3 meses após o parto.

/ /

DATA CARIMBO E ASSINATURA

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Solicito exames de primeiro trimestre de gestação:

- Tipagem sanguínea e fator Rh
- Hemograma
- Glicemia de jejum
- Parcial de urina
- Cultura bactérias urina
- Antibiograma
- VDRL
- Anti HIV
- Anti-HCV
- HbsAg
- Anti- Hbs
- HTLV 1 e 2
- Toxoplasmose IgG e IgM
- Eletroforese de hemoglobina (Se já feita uma vez na vida, não repita)
- TSH (Só se fator de risco)

/ /

DATA CARIMBO E ASSINATURA