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. Tetraciclina 500 mg ---------- 56 cps
Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas por 14 dias.
1. Metronidazol 400 mg ---------- 42 cps
Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas por 14 dias. Não fazer uso de bebida alcóolica durante o uso desse medicamento.
1. Claritromicina 500 mg ---------- 28 comprimidos
Tomar 1 comprimidos de 12 em 12 horas por 14 dias

2. Amoxicilina 500 mg ---------- 56 comprimidos
Tomar 2 comprimidos de 12 em 12 horas por 14 dias

Instruções ao paciente:
Tomar os medicamentos juntos, preferencialmente com as refeições. Não interromper o tratamento antes do prazo — os 14 dias completos são essenciais para eliminar a bactéria.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
vômitos que impedem tomar a medicação, dor que piora ou febre durante o tratamento

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. Tetraciclina 500 mg ---------- 56 cps
Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas por 14 dias.
1. Metronidazol 400 mg ---------- 42 cps
Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas por 14 dias. Não fazer uso de bebida alcóolica durante o uso desse medicamento.
1. Claritromicina 500 mg ---------- 28 comprimidos
Tomar 1 comprimidos de 12 em 12 horas por 14 dias

2. Amoxicilina 500 mg ---------- 56 comprimidos
Tomar 2 comprimidos de 12 em 12 horas por 14 dias

Instruções ao paciente:
Tomar os medicamentos juntos, preferencialmente com as refeições. Não interromper o tratamento antes do prazo — os 14 dias completos são essenciais para eliminar a bactéria.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
vômitos que impedem tomar a medicação, dor que piora ou febre durante o tratamento

Data: _____/_____/_____

_____
Carimbo / Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

_____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico