RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição:

【 3HP — PREFERENCIAL (1x/semana, no mesmo dia, por 12 semanas = 12 doses). NÃO usar na gestação. 】

USO ORAL:

1. Isoniazida 300 mg (adulto) / 100 mg (criança) ---- 12 doses
1x/semana por 12 semanas. ADULTO (>14 anos, ≥30 kg) e ≥50 kg de qualquer idade: 900 mg = 3 comprimidos de 300 mg. CRIANÇA 2–11 anos (25 mg/kg, comp de 100 mg): 10–15 kg = 3 comp; 16–23 kg = 5 comp; 24–30 kg = 6 comp; >30 e <50 kg = 7 comp.
2. Rifapentina 150 mg ---------- 12 doses
1x/semana por 12 semanas, junto da isoniazida. ADULTO (>14 anos, ≥30 kg) e ≥50 kg de qualquer idade: 900 mg = 6 comprimidos. CRIANÇA: 10–15 kg = 2 comp; 16–23 kg = 3 comp; 24–30 kg = 4 comp; >30 e <50 kg = 5 comp. Colore secreções de laranja.

【 4R — rifampicina (alternativa diária, 120 doses) 】

USO ORAL:

1. Rifampicina 300 mg ---------- 120 doses
10 mg/kg/dia, máx 600 mg/dia (= 2 cápsulas de 300 mg), por 4 a 6 meses (120 doses). Criança <10 anos: 15 mg/kg/dia.

【 3HR — isoniazida + rifampicina (opção pediátrica, diária, 90 doses) 】

USO ORAL:

1. Isoniazida 100 mg ---------- 90 doses
10 mg/kg/dia, máx 300 mg/dia (= 3 comprimidos de 100 mg), por 3 meses, junto da rifampicina.

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:

【 3HP — PREFERENCIAL (1x/semana, no mesmo dia, por 12 semanas = 12 doses). NÃO usar na gestação. 】

USO ORAL:

1. Isoniazida 300 mg (adulto) / 100 mg (criança) ---- 12 doses
1x/semana por 12 semanas. ADULTO (>14 anos, ≥30 kg) e ≥50 kg de qualquer idade: 900 mg = 3 comprimidos de 300 mg. CRIANÇA 2–11 anos (25 mg/kg, comp de 100 mg): 10–15 kg = 3 comp; 16–23 kg = 5 comp; 24–30 kg = 6 comp; >30 e <50 kg = 7 comp.
2. Rifapentina 150 mg ---------- 12 doses
1x/semana por 12 semanas, junto da isoniazida. ADULTO (>14 anos, ≥30 kg) e ≥50 kg de qualquer idade: 900 mg = 6 comprimidos. CRIANÇA: 10–15 kg = 2 comp; 16–23 kg = 3 comp; 24–30 kg = 4 comp; >30 e <50 kg = 5 comp. Colore secreções de laranja.

【 4R — rifampicina (alternativa diária, 120 doses) 】

USO ORAL:

1. Rifampicina 300 mg ---------- 120 doses
10 mg/kg/dia, máx 600 mg/dia (= 2 cápsulas de 300 mg), por 4 a 6 meses (120 doses). Criança <10 anos: 15 mg/kg/dia.

【 3HR — isoniazida + rifampicina (opção pediátrica, diária, 90 doses) 】

USO ORAL:

1. Isoniazida 100 mg ---------- 90 doses
10 mg/kg/dia, máx 300 mg/dia (= 3 comprimidos de 100 mg), por 3 meses, junto da rifampicina.

Data: _____/_____/_____

_____
Carimbo / Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

_____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico