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. Tramadol 50 mg ---------- 20 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 6/6h se dor moderada
2. Amitriptilina 25 mg ---------- 30 comprimidos
Tomar 1 comprimido à noite
2. Gabapentina 300 mg ---------- 30 comprimidos
Tomar 1 comprimido à noite e titular conforme resposta

Use o analgésico no horário. Se em uso de opioide, mantenha laxante para evitar constipação. (Morfina: prescrever em receita de Notificação A — não incluída aqui.)

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
dor que não alivia, sonolência excessiva, vômitos ou confusão

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. Tramadol 50 mg ---------- 20 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 6/6h se dor moderada
2. Amitriptilina 25 mg ---------- 30 comprimidos
Tomar 1 comprimido à noite
2. Gabapentina 300 mg ---------- 30 comprimidos
Tomar 1 comprimido à noite e titular conforme resposta

Use o analgésico no horário. Se em uso de opioide, mantenha laxante para evitar constipação. (Morfina: prescrever em receita de Notificação A — não incluída aqui.)

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
dor que não alivia, sonolência excessiva, vômitos ou confusão

Data: _____/_____/_____

_____
Carimbo / Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

_____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico