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. Amoxicilina 500 mg ---------- 21 cps
Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas por 7 dias.
1. Amoxicilina + Clavulanato 875/125 mg ---- 20 cps
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 10 dias.
1. Amoxicilina + Clavulanato 500/125 mg ---- 30 cps
Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas por 10 dias.

Instruções ao paciente:
Tomar o antibiótico até o fim, mesmo com melhora. Não usar cotonetes. Evitar nadar ou mergulhar durante o tratamento. Assoar o nariz delicadamente — um lado de cada vez.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
febre e dor de ouvido que persistem após 48 horas do início do antibiótico, saída de líquido pelo ouvido ou perda de audição

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. Amoxicilina 500 mg ---------- 21 cps
Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas por 7 dias.
1. Amoxicilina + Clavulanato 875/125 mg ---- 20 cps
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 10 dias.
1. Amoxicilina + Clavulanato 500/125 mg ---- 30 cps
Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas por 10 dias.

Instruções ao paciente:
Tomar o antibiótico até o fim, mesmo com melhora. Não usar cotonetes. Evitar nadar ou mergulhar durante o tratamento. Assoar o nariz delicadamente — um lado de cada vez.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
febre e dor de ouvido que persistem após 48 horas do início do antibiótico, saída de líquido pelo ouvido ou perda de audição

Data: _____/_____/_____

_____
Carimbo / Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

_____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico