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. Ciprofloxacino 500 mg ---------- 14 cps
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 7 dias.
1. Levofloxacino 750 mg ---------- 7 cps
Tomar 1 comprimido uma vez ao dia 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.

USO ENDOVENOSO:

2. Ceftriaxona 1 g ---------- 1 frasco/dose
Reconstituir em 10 mL de água destilada, diluir em 100 mL de SF 0,9% e administrar via endovenosa em 30 minutos a cada 24 horas por 7 dias. Pode ser administrada também via intramuscular.

Instruções ao paciente:
Tomar o antibiótico até o fim. Aumentar a ingestão de água. Urinar sempre que sentir vontade. Repouso conforme necessidade.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
febre acima de 38°C que não melhora em 72 horas, vômitos persistentes, incapacidade de comer ou beber água, parada de urinar ou piora dos sintomas em 48 horas

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. Ciprofloxacino 500 mg ---------- 14 cps
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 7 dias.
1. Levofloxacino 750 mg ---------- 7 cps
Tomar 1 comprimido uma vez ao dia 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.

USO ENDOVENOSO:

2. Ceftriaxona 1 g ---------- 1 frasco/dose
Reconstituir em 10 mL de água destilada, diluir em 100 mL de SF 0,9% e administrar via endovenosa em 30 minutos a cada 24 horas por 7 dias. Pode ser administrada também via intramuscular.

Instruções ao paciente:
Tomar o antibiótico até o fim. Aumentar a ingestão de água. Urinar sempre que sentir vontade. Repouso conforme necessidade.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
febre acima de 38°C que não melhora em 72 horas, vômitos persistentes, incapacidade de comer ou beber água, parada de urinar ou piora dos sintomas em 48 horas

Data: _____/_____/_____

_____
Carimbo / Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

_____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico