# RECEITUÁRIO SIMPLES

Nome: _____

USO ORAL:

1. Dipirona 500 mg ---------- 20 cps
Tomar até 2 comprimidos de 6 em 6 horas se dor.
1. Paracetamol 500 mg ---------- 20 cps
Tomar até 2 comprimidos de 6 em 6 horas se dor.
1. Dipirona 500 mg/mL ---------- 1 frasco
Tomar de 20 a 40 gotas de 6 em 6 horas se dor.
1. Paracetamol 200 mg/mL ---------- 1 frasco
Tomar de 35 a 55 gotas de 6 em 6 horas se dor.

2. Ibuprofeno 600 mg ---------- 21 cps
Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas se dor por até 7 dias.
2. Cetoprofeno 100 mg ---------- 10 cps
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por até 7 dias.
2. Diclofenaco 50 mg ---------- 21 cps
Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas se dor por até 7 dias.
2. Nimesulida 100 mg ---------- 14 cps
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas se dor por até 7 dias.
2. Tenoxicam 20 mg ---------- 7 cps
Tomar 1 comprimido por dia se dor por até 7 dias.
2. Cetorolaco 10 mg ---------- 7 cps
Tomar 1 comprimido via sublingual de 8 em 8 horas por até 7 dias se dor.

3. Metoclopramida 10 mg ---------- 10 cps
Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas se náuseas ou vômitos.
3. Bromoprida 10 mg ---------- 10 cps
Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas se náuseas ou vômitos.
3. Ondansetrona 4 a 8 mg ---------- 10 cps
Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas se náuseas ou vômitos.
3. Dramin B6 (Dimenidrinato + Piridoxina 50 mg + 10 mg ---- 10 cps
Tomar 1 a 2 comprimidos de 6 em 6 horas se náuseas ou vômitos.

4. Escopolamina 10 mg ---------- 20 cps
Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas se dor abdominal.
4. Escopolamina 10 mg/mL ---------- 1 frasco
Tomar 20 a 40 gotas de 8 em 8 horas se dor abdominal.

USO ENDOVENOSO:

5. Cetoprofeno 100 mg ---------- 1 frasco
Diluir em 100 mL de SF 0,9% e administrar via endovenosa em 30 minutos. Dose máxima: 300 mg/dia.

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 e assinatura