RECEITUÁRIO

Nome: _____

Uso oral:

1. Ibuprofeno 600 mg ---------- 15 cps
Tomar 1 cp de 8/8 horas por 5 dias

2. Dipirona ou paracetamol 500 mg ---------- 20 cps
Tomar 1 ou 2 cps de 6/6 horas se dor

3. Ciclobenzaprina 10 mg ---------- 10 cps
Tomar 1 cp de 8/8 horas por 5 dias ou tomar 1 cp à noite
ESTE MEDICAMENTO CAUSA SONOLÊNCIA

Orientações:
- Não faça repouso absoluto, isso tende a piorar e prolongar o quadro. Evite esforços, mas se movimente.

- Aplique compressas quentes, 3 vezes ao dia, por 20 minutos.

/ /
DATA

_____
CARIMBO E ASSINATURA

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Busque atendimento médico se presença de sinais de alerta:

- Alteração de força ou sensibilidade das pernas
- Retenção urinária ou fecal
- Febre persistente e suor noturno
- Perda de peso
- Duração da dor maior do que 4 semanas
- Presença de náusea, vômitos e queda do estado geral

/ /
DATA

_____
CARIMBO E ASSINATURA