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. Amitriptilina 25 mg ---------- 60 comprimidos
Tomar de 10 a 25 mg à noite, todos os dias

Instruções ao paciente:
- Tome o antiespasmódico antes das refeições; ele alivia a cólica e o desconforto.
- Se foi receitada a amitriptilina, tome à noite. O efeito sobre a dor pode levar de 2 a 4 semanas — não pare por conta própria. No início pode dar sono e boca seca.
- Reduza os alimentos que pioram (café, álcool, gorduras, adoçantes); aumente a fibra solúvel aos poucos e beba bastante água.
- Volte para reavaliar como você respondeu ao tratamento.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
- Sangue nas fezes ou fezes escuras
- Perda de peso sem explicação
- Febre
- Diarreia que acorda você à noite
- Dor forte e persistente, diferente do habitual

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. Amitriptilina 25 mg ---------- 60 comprimidos
Tomar de 10 a 25 mg à noite, todos os dias

Instruções ao paciente:
- Tome o antiespasmódico antes das refeições; ele alivia a cólica e o desconforto.
- Se foi receitada a amitriptilina, tome à noite. O efeito sobre a dor pode levar de 2 a 4 semanas — não pare por conta própria. No início pode dar sono e boca seca.
- Reduza os alimentos que pioram (café, álcool, gorduras, adoçantes); aumente a fibra solúvel aos poucos e beba bastante água.
- Volte para reavaliar como você respondeu ao tratamento.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
- Sangue nas fezes ou fezes escuras
- Perda de peso sem explicação
- Febre
- Diarreia que acorda você à noite
- Dor forte e persistente, diferente do habitual

Data: _____/_____/_____

_____
Carimbo / Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

_____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico