RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição:

Uso subcutâneo:

1. Semaglutida 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 1,7 mg, 2,4 mg ---------- 1 caneta
Girar o contador até aparecer a dose prescrita no mostrador e aplicar via subcutânea 1 vez por semana por 4 semanas.

ORIENTACOES AO PACIENTE:
O tratamento envolve mudança de alimentação, atividade física e, quando indicado, medicamentos. Não interromper os medicamentos sem orientação médica. Pesar-se semanalmente, sempre no mesmo horário. Buscar apoio nutricional e psicológico.

SINAIS DE ALERTA - RETORNAR SE:
efeitos colaterais intensos como vômitos persistentes, dor abdominal forte ou batimentos acelerados

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:

Data: _____/_____/_____

_____
Carimbo / Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

_____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico