RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição:

【 Analgesia — dor refratária (associar ao AINE) 】

USO ORAL:

1. Tramadol 50 mg ---------- 15 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas se dor intensa, por curto período.

A maioria das pedras pequenas sai sozinha na urina em algumas semanas; use os remédios para a dor conforme orientado. Beba água conforme a sede — não precisa exagerar durante a crise. Coe a urina para guardar a pedra e trazer para análise. Para evitar novas pedras: beba bastante água ao longo do dia, reduza sal e excesso de proteína animal; mantenha o cálcio da alimentação normal.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
Febre ou calafrios; vômitos que não param; não conseguir urinar; dor que não melhora com a medicação. Procure atendimento imediato.

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:

【 Analgesia — dor refratária (associar ao AINE) 】

USO ORAL:

1. Tramadol 50 mg ---------- 15 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas se dor intensa, por curto período.

A maioria das pedras pequenas sai sozinha na urina em algumas semanas; use os remédios para a dor conforme orientado. Beba água conforme a sede — não precisa exagerar durante a crise. Coe a urina para guardar a pedra e trazer para análise. Para evitar novas pedras: beba bastante água ao longo do dia, reduza sal e excesso de proteína animal; mantenha o cálcio da alimentação normal.

SINAIS DE ALERTA — RETORNAR SE:
Febre ou calafrios; vômitos que não param; não conseguir urinar; dor que não melhora com a medicação. Procure atendimento imediato.

Data: _____/_____/_____

_____
Carimbo / Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

_____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico