

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

PARA: NOME DO PACIENTE

USO ORAL

1) AMITRIPTILINA 25 MG ----- USO PROLONGADO
TOMAR 01 COMPRIMIDO À NOITE REGULARMENTE

2) PREGABALINA 75 MG ----- USO PROLONGADO
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12 EM 12 HORAS

USO EXTERNO

- TOPERMA OU LIDOCAÍNA PATCH 5% ----- 01 CAIXA
APLICAR PATCH ADESIVO SOB ÁREA DE LESÕES NA PELE POR 12 HORAS POR DIA,
RETIRAR E DEIXAR O LOCAL RESPIRAR SEM O ADESIVO NAS OUTRAS 12 HORAS DO
DIA.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME COMPLETO: _____
RG: _____
ÓRGÃO EMISSOR: _____
ENDEREÇO COMPLETO: _____
CIDADE: _____ UF: _____
TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NOME FARMACÊUTICO(A): _____
CRF: _____ UF: _____
NOME FARMÁCIA: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____ UF: _____
CNPJ: _____ TELEFONE: _____

ASSINATURA FARMACÊUTICO(A)