



Receituário Farmacêutico

Nome do farmacêutico: _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome do paciente _____

Endereço _____

Tel _____

DESCRIÇÃO DA TERAPIA RECOMENDADA

- Medicamento (substância) ou descrição da formulação;
 - concentração
 - forma farmacêutica
 - via de administração
- dose usual e dose máxima ao dia
 - frequência de administração
 - duração do tratamento

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

Você deve orientar sobre terapias não medicamentosa e cuidados durante o tratamento como:

- evitar esforço físico
- não ingerir bebida alcoólica
- não se expor ao sol
- cuidados com a higiene
- cuidados no armazenamento etc.

Este receituário pode ser utilizado para encaminhamento ao médico

ESTABELECE

LEMBRE-SE!

Para que o documento tenha validade são OBRIGATÓRIOS o CARIMBO do farmacêutico e sua ASSINATURA, bem como a LOCALIDADE e a DATA. Também são obrigatórios a IDENTIFICAÇÃO COMPLETA DO ESTABELECIMENTO e do FARMACÊUTICO.

FARMACÊUTICO

Assinatura

CNPJ

Data



Receituário Farmacêutico

Nome do farmacêutico: _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome do paciente _____

Endereço _____

Tel _____

DESCRIÇÃO DA TERAPIA RECOMENDADA

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome _____

Endereço _____

CNPJ _____

Telefone _____

IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO

CRF/MG, carimbo e assinatura _____

Local _____

Data _____