

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



1ª VIA FARMACIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição

1 - AMOXICILINA 500mg ----- 56 CÁPSULAS

TOMAR 2 CÁPSULAS A CADA 12 HORAS POR 14 DIAS

2 - CLARITROMICIA 500mg ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS POR 14 DIAS

3 - OMEPRAZOL 20mg ----- ____ CÁPSULAS

TOMAR 1 CÁPSULA A CADA 12 HORAS POR ____ DIAS

Assinatura / Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____	
UF: _____	
Telefone: _____	_____ Assinatura e carimbo do farmacêutico / / Data

1ª Via: Fornecedor - 2ª Via: Paciente

ATENÇÃO: SOMENTE SERÁ ATENDIDA SE ACOMPANHADA DE TESTE/LAUDO COMPROVANDO A PRESENÇA DO *H. pylori*

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



1ª VIA FARMACIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição

1 - AMOXICILINA 500mg ----- 56 CÁPSULAS

TOMAR 2 CÁPSULAS A CADA 12 HORAS POR 14 DIAS

2 - CLARITROMICIA 500mg ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS POR 14 DIAS

3 - OMEPRAZOL 20mg ----- ____ CÁPSULAS

TOMAR 1 CÁPSULA A CADA 12 HORAS POR ____ DIAS

Assinatura / Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____	
UF: _____	
Telefone: _____	_____ Assinatura e carimbo do farmacêutico / / Data

1ª Via: Fornecedor - 2ª Via: Paciente

ATENÇÃO: SOMENTE SERÁ ATENDIDA SE ACOMPANHADA DE TESTE/LAUDO COMPROVANDO A PRESENÇA DO *H. pylori*