

RECEITUÁRIO DE ANTIMICROBIANOS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO:

IDADE: SEXO:

VIA DIGITAL

VALIDAR EM:

<https://assinaturadigital.iti.gov.br>

NOME DO MEDICAMENTO OU DA SUSBTÂNCIA PRESCRITA (DCB):

DOSE OU CONCENTRAÇÃO:

FORMA FARMACÊUTICA:

VIA DE ADMINISTRAÇÃO:

POSOLOGIA:

QUANTIDADE:

DURAÇÃO DO TRATAMENTO:

OBS:

NOME DO MEDICAMENTO OU DA SUSBTÂNCIA PRESCRITA (DCB):

DOSE OU CONCENTRAÇÃO:

FORMA FARMACÊUTICA:

VIA DE ADMINISTRAÇÃO:

POSOLOGIA:

QUANTIDADE:

DURAÇÃO DO TRATAMENTO:

OBS:

NOME DO MEDICAMENTO OU DA SUSBTÂNCIA PRESCRITA (DCB):

DOSE OU CONCENTRAÇÃO:

FORMA FARMACÊUTICA:

VIA DE ADMINISTRAÇÃO:

POSOLOGIA:

QUANTIDADE:

DURAÇÃO DO TRATAMENTO:

OBS:

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME MÉDICO(A):

CRM: UF:

ENDEREÇO:

CIDADE: UF:

TELEFONE: DATA EMISSÃO:



LOGO E DADOS DO LOCAL
DE ATENDIMENTO (IMAGEM)

ASSINATURA MÉDICO(A)

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NOME FARMACÊUTICO(A): CRF: UF:

NOME FARMÁCIA: CNPJ:

ENDEREÇO:

CIDADE: UF:

TELEFONE:

ASSINATURA FARMACÊUTICO(A)

DADOS DO(S) PRODUTO(S) DISPENSADOS

NOME DO MEDICAMENTO: _____

LABORATÓRIO: _____

NÚMERO DO LOTE: _____ QUANTIDADE DE CAIXAS: _____

NÚMERO DE REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO: _____
(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

NOME DO MEDICAMENTO: _____

LABORATÓRIO: _____

NÚMERO DO LOTE: _____ QUANTIDADE DE CAIXAS: _____

NÚMERO DE REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO: _____
(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

NOME DO MEDICAMENTO: _____

LABORATÓRIO: _____

NÚMERO DO LOTE: _____ QUANTIDADE DE CAIXAS: _____

NÚMERO DE REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO: _____
(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

INFORMAÇÕES SOBRE INTERCAMBIALIDADE

O MEDICAMENTO _____
FOI SUBSTITUÍDO PELO GENÉRICO _____,
DE ACORDO COM A LEI 9787/99.

O MEDICAMENTO _____
FOI SUBSTITUÍDO PELO GENÉRICO _____,
DE ACORDO COM A LEI 9787/99.

O MEDICAMENTO _____
FOI SUBSTITUÍDO PELO GENÉRICO _____,
DE ACORDO COM A LEI 9787/99.

PARA DISPENSAÇÃO MANUAL

DATA: _____

ASSINATURA DO COMPRADOR: _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO: _____