

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: EVELYN LAURA AFONSO DE SOUZA GLAJCHM

1a. VIA FARMÁCIA

CRM: 57224-RS

2a. VIA PACIENTE

Endereço: RUA DR EDMUNDO LAUFFER, 351
Hospital Bom Pastor
CEP: 95650-000
IGREJINHA - RS

Telefone: (51) 3549-7750

Paciente: DERICK ANTUNES PEREIRA

Endereço: 24 DE AGOSTO, MORADA FUNIL CEP: 95630-000

Prescrição:

CEFALEXINA 250MG/5ML
DAR 8ML DE 6/6HORAS POR 5 DIAS

ORIENTAÇÕES

MANTER TALA POR 48HORAS
LAVAR COM AGUA E SABAO
SECAR MUITO BEM E HIGIENIZAR COM ALCOOL 70%
RETIRAR PONTOS EM 08/11

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Identif.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____