

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: _____