

ANEXO VIII

Modelos de Receituários

Notificação de Receita A

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA NÚMERO DATA: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR PACIENTE: _____ CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____ _____	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE NOME DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CPN ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE: *NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO	PRESCRIÇÃO NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÊUTICA: QUANTIDADE: POSOLOGIA:
--	---	--

Notificação de Receita A (Veterinário)

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA PARA USO VETERINÁRIO NÚMERO NOME DO PROPRIETÁRIO: _____ CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____ ESPÉCIE / RAÇA DO ANIMAL: _____ PORTE: _____	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE NOME DO MÉDICO VETERINÁRIO + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CPN ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE: *NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO	PRESCRIÇÃO NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÊUTICA: QUANTIDADE: POSOLOGIA: DATA: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO VETERINÁRIO
--	--	---

Notificação de Receita B

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA NÚMERO DATA: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR PACIENTE: _____ CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____ _____	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE NOME DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CPN ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE: *NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO	PRESCRIÇÃO NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÊUTICA: QUANTIDADE: POSOLOGIA:
--	---	--

Notificação de Receita B (Veterinário)

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA PARA USO VETERINÁRIO

NÚMERO

B

NOME DO PROPRIETÁRIO:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

ESPÉCIE / RAÇA DO ANIMAL:

PORTE:

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME DO MÉDICO VETERINÁRIO + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF
OU
NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:
ENDEREÇO COMPLETO:
TELEFONE:

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO

PRESCRIÇÃO

NOME DO MEDICAMENTO:
CONCENTRAÇÃO:
FORMA FARMACÊUTICA:
QUANTIDADE:
POSOLOGIA:

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO VETERINÁRIO

Notificação de Receita B2

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

NÚMERO

B2

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR

PACIENTE:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF
OU
NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:
ENDEREÇO COMPLETO:
TELEFONE:

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO

PRESCRIÇÃO

NOME DO MEDICAMENTO:
CONCENTRAÇÃO:
FORMA FARMACÊUTICA:
QUANTIDADE:
POSOLOGIA:

Retinóides de uso sistêmico

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL
RETINÓIDES SISTÊMICOS

NÚMERO

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR

PACIENTE:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME DO MÉDICO + INSCRIÇÃO NO CRM + UF
OU
NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:
ENDEREÇO COMPLETO:
TELEFONE:

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO

PRESCRIÇÃO

NOME DO MEDICAMENTO:
CONCENTRAÇÃO:
FORMA FARMACÊUTICA:
QUANTIDADE:
POSOLOGIA:

GRAVIDEZ PROIBIDA
Risco de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e no sistema nervoso do feto.

Receita de Controle Especial

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL + Nº INSCRIÇÃO CONSELHO PROFISSIONAL + UF

OU
NOME DA INSTITUIÇÃO + CNPJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + CIDADE + UF
TELEFONE (opcional)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO:
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº:

PRESCRIÇÃO

DATA:

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO PRESCRITOR:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

*IMPRESSÃO OPCIONAL - CONFORME PORTARIA Nº 8/99, ARTIGO 85, ALÍNEA C, ESSES DADOS PODEM SER APOSTOS MEDIANTE CARIMBO NO VERSO, PELA FARMÁCIA, NO MOMENTO DA DISPENSAÇÃO.

NOME COMPLETO:
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº:
ENDEREÇO COMPLETO:
CIDADE:
TELEFONE:

UF:

1ª via - Retenção pela Farmácia / 2ª via - Paciente

Talidomida

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA

NÚMERO

CID

ATENÇÃO

"Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar"

"Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas"

1 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Nº. do Cadastro:
Endereço:
Especialidade:
C.P.F.: C.R.M.nº: UF:
Data: / /
Assinatura e Carimbo

2 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:
Data de Nascimento: Sexo: Telefone (se houver):
Endereço:
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

3 – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)

Nome:
Endereço: Telefone (se houver):
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

4 – IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

Quantidade de comprimidos (em algarismos arábicos e por extenso):
Dose por Unidade Posológica (Ex.: 100mg):
Posologia:
Tempo de tratamento:
Outras orientações (se houver):

5 – DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO

Quantidade (Comprimidos.): nº do lote:
Nome do Farmacêutico Dispensador: CRF nº:

Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico
Data: / /

6- CARIMBO DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA (nome, endereço completo e telefone)

Identificação da Gráfica: nome, endereço, CNPJ e nº da autorização concedida pela Autoridade Sanitária competente.
(2 Vias) 1ª via: paciente; 2ª via: unidade pública dispensadora