



RECEITA MÉDICA

NOME: _____ INÍCIO DO TRATAMENTO: _____ / _____ / _____

PESO: _____ RETORNO: _____ / _____ / _____

TRATAMENTO PARA: MONO POLI MULTI XDR EE MNT

MEDICAMENTOS	DOSAGEM	OBSERVAÇÃO	LOTE	QUANT.
<input type="checkbox"/> Amicacina 500 mg/2mL	<input type="checkbox"/> 1 ampola <input type="checkbox"/> 2 ampolas	<input type="checkbox"/> IM - 2ª a 6ª feira <input type="checkbox"/> IM - 2ª e 5ª feira <input type="checkbox"/> IM - 2ª, 4ª e 6ª feira		
<input type="checkbox"/> Estreptomicina 1 g	<input type="checkbox"/> ½ frasco <input type="checkbox"/> 1 frasco	<input type="checkbox"/> IM - 2ª a 6ª feira <input type="checkbox"/> IM - 2ª e 5ª feira <input type="checkbox"/> IM - 2ª, 4ª e 6ª feira		
<input type="checkbox"/> Capreomicina 1 g	<input type="checkbox"/> ½ frasco <input type="checkbox"/> 1 frasco	Uma vez ao dia.		
<input type="checkbox"/> Levofloxacin 250 mg	<input type="checkbox"/> 1 comprimido	Uma vez ao dia.		
<input type="checkbox"/> Levofloxacin 500 mg	<input type="checkbox"/> 1 comprimido <input type="checkbox"/> 2 comprimidos	Uma vez ao dia.		
<input type="checkbox"/> Terizidona 250 mg	<input type="checkbox"/> 2 cápsulas <input type="checkbox"/> 3 cápsulas	Uma vez ao dia.		
<input type="checkbox"/> Etambutol 400 mg	<input type="checkbox"/> 2 comprimidos <input type="checkbox"/> 3 comprimidos	Uma vez ao dia.		
<input type="checkbox"/> Pirazinamida 500 mg	<input type="checkbox"/> 2 comprimidos <input type="checkbox"/> 3 comprimidos	Uma vez ao dia.		
<input type="checkbox"/> Rifampicina 300 mg	<input type="checkbox"/> 1 cápsula <input type="checkbox"/> 2 cápsulas	Uma vez ao dia.		
<input type="checkbox"/> Isoniazida 100 mg	<input type="checkbox"/> 2 comprimidos <input type="checkbox"/> 3 comprimidos	Uma vez ao dia.		
<input type="checkbox"/> Moxifloxacin 400 mg	<input type="checkbox"/> 1 comprimido	Uma vez ao dia.		
<input type="checkbox"/> Etionamida 250 mg	<input type="checkbox"/> 2 comprimidos <input type="checkbox"/> 3 comprimidos	Uma vez ao dia.		
<input type="checkbox"/> Claritromicina 500 mg	<input type="checkbox"/> 1 comprimido	De 12 / 12 horas.		
<input type="checkbox"/> Isoniazida + Rifampicina 200 + 300 mg	<input type="checkbox"/> 1 cápsula <input type="checkbox"/> 2 cápsulas	Uma vez ao dia.		
<input type="checkbox"/> Ofloxacin 400 mg	<input type="checkbox"/> 1 comprimido <input type="checkbox"/> 2 comprimidos			
<input type="checkbox"/> Piridoxina 100 mg	<input type="checkbox"/> ½ comprimido <input type="checkbox"/> 1 comprimido	Uma vez ao dia.		

Outros

Houve alguma alteração no esquema de tratamento? Sim Não

Houve alguma alteração na posologia dos medicamentos? Sim Não

OB§.: _____

Rio de Janeiro, _____ / _____ / _____

MÉDICO (A)