

Inserir identificação do estabelecimento de saúde (endereço. e se houver, CNPJ, CNES, telefone, logos, etc.)

RECEITA

Nome completo do Profissional

Designação de Cirurgião-dentista

Número de inscrição no CRO-UF

Endereço do Consultório/Clínica (local de trabalho)

Telefone para contato

Paciente: _____ (colocar nome completo)

RG / CPF/MF de nº _____

(para evitar eventual homônimo)

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

(opcional, mas recomendado)

Endereço: _____

(colocar endereço, por haver previsão legal de sua menção)

Telefone: (____) _____

Via de administração (Se enteral ou parenteral: “Uso Interno” / “Uso Externo”)

Nome genérico da droga – Concentração – Quantidade – Forma de apresentação

Posologia/Dosagem – Intervalo entre doses – Duração do tratamento

Recomendações (estas podem ser colocadas no verso da Receita)

Local (cidade e estado) e data (dia, mês e ano).

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

RECEITA MAGISTRAL

PARA A FARMÁCIA

Nome completo do Profissional

Designação de Cirurgião-dentista

Número de inscrição no CRO-UF

Endereço do Consultório/Clínica (local de trabalho)

Telefone para contato

Paciente: _____ (colocar nome completo)

RG / CPF/MF de nº _____

(para evitar eventual homônimo)

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

(opcional, mas recomendado)

Endereço: _____

(colocar endereço, por haver previsão legal de sua menção)

Telefone: (____) _____

Nome da Farmácia de Manipulação

Endereço

Telefone para contato

Nome da droga/substância (DCB – Denominação Comum Brasileira)

Forma farmacêutica

Dosagem – Concentração

Quantidade

(Especificar para cada fármaco componente da fórmula a ser manipulada)

Local (cidade e estado) e data (dia, mês e ano).

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

PARA O PACIENTE

Obs.: ESTA SEGUE O PADRÃO DA RECEITA SIMPLES. (Apagar esta observação no uso do modelo)

Nome completo do Profissional

Designação de Cirurgião-dentista

Número de inscrição no CRO-UF

Endereço do Consultório/Clínica (local de trabalho)

Telefone para contato

Paciente: _____ (colocar nome completo)

RG / CPF/MF de nº _____

(para evitar eventual homônimo)

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

(opcional, mas recomendado)

Endereço: _____

(colocar endereço, por haver previsão legal de sua menção)

Telefone: (____) _____

Via de administração (Se enteral ou parenteral: “Uso Interno” / “Uso Externo”)

Nome da droga – Concentração – Quantidade – Forma de apresentação

Posologia/Dosagem – Intervalo entre doses – Duração do tratamento

Recomendações (estas podem ser colocadas no verso da Receita)

Local (cidade e estado) e data (dia, mês e ano).

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)