

MEDICAMENTOS PARA INFECÇÕES OPORTUNISTAS - AIDS

ª R. S.

UDM:

NOME COMPLETO DO USUÁRIO:

| MEDICAMENTO | POSOLOGIA DIÁRIA E QUANTIDADE DE DIAS DE TRATAMENTO | PARA USO DA FARMÁCIA | |
|----------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ACICLOVIR 200 mg comp. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| ACICLOVIR CREME 10 g. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| ÁCIDO FOLÍNICO 15 mg comp. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| AMOXICILINA 500 mg comp. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| ANFOTERICINA B 50 mg frs-amp. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| AZITROMICINA 500 mg comp. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| CETOCONAZOL CREME 30 g. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| CIPROFLOXACINO 500 mg comp. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| CLARITROMICINA 500 mg comp. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| CLINDAMICINA 300 mg cáps. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| DAPSONA 100 mg comp. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| FIBRATOS | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| FLUCONAZOL 100 mg cáps. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| GANCICLOVIR 250 mg comp. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| GANCICLOVIR 250 mg bolsa | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| GANCICLOVIR 500 mg bolsa500mL | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| ITRACONAZOL 100 mg cáps. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| PIRIMETAMINA 25 mg comp. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| PREDNISONA 20 mg comp. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| PRIMAQUINA 15 mg | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| SULFADIAZINA 500 mg comp. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| SULF + TRIMETOPR. 400+80mg comp. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| SULF + TRIMETOPR. 200+40mg susp. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| VALACICLOVIR 500 mg comp. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| TALIDOMIDA 100 mg comp. | | 1ª Disp. qtdade forn. L. | 2ª Disp. qtdade forn. L. |
| | | | |

MÉDICO CRM: _____ DATA : ____/____/____ (carimbo e assinatura)

| | |
|---|--|
| FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL DATA : ____/____/____ CRF: _____ _____ (carimbo e assinatura) | 1ª dispensa - Recebi em ____/____/____ _____ (assinatura do usuário) |
| FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL DATA : ____/____/____ CRF: _____ _____ (carimbo e assinatura) | 2ª dispensa - Recebi em ____/____/____ _____ (assinatura do usuário) |