PREFEITURA MUNICIPAL DE XAXIM-SC
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS

RECEITUÁRIO DO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES

Unidade:_____ Prontuário:_____

Nome do Paciente:_____

Número do Cartão SUS:_____ Observação:_____

_____Comp. Antenolol 25mg	Tomar_____ Comp._____ao dia.
_____Comp. Captopril 25mg	Tomar_____ Comp._____ao dia.
_____Comp. Enalapril 10mg	Tomar_____ Comp._____ao dia.
_____Comp. Glibenclamida 5mg	Tomar_____ Comp._____ao dia.
_____Comp. Hidroclorotiazida 25mg	Tomar_____ Comp._____ao dia.
_____Comp. Losartana Potássica 50mg	Tomar_____ Comp._____ao dia.
_____Comp. Metformina 500mg	Tomar_____ Comp._____ao dia.
_____Comp. Metformina 850mg	Tomar_____ Comp._____ao dia.
_____Comp. Propanolol 40mg	Tomar_____ Comp._____ao dia.

Receituário exclusivo para uso no programa de Hipertensão e Diabetes da SMS - Xaxim

Data:_____/_____/_____

_____
Carimbo e Assinatura do Profissional

SMS - 23