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. Ácido Acetil Salicílico 100mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Ácido Acetil Salicílico 325mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Amiodarona 100mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Amiodarona 200mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Anlodipino 5mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Anlodipino 10mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Atenolol 50mg + Clort. 12,5mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Atenolol 50mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Captopril 50mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Digoxina 0,25mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Enalapril 5mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Enalapril 20mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Furosemida 40mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Hidroclorotiazida 50mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Insulina NPH 100 ui/ml	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Insulina Regular 100 ui/ml	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Metildopa 250mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Metildopa 500mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Nifedipina 10mg	Tomar.....comp.....ao dia.
..... Comp. Verapanil 80mg	Tomar.....comp.....ao dia.

Receituário exclusivo para uso no programa de hipertensão e diabetes da SMS - Xaxim

Data: _____/_____/_____

Carimbo e Assinatura do Profissional

SMS - 32