



**FORMULÁRIO ANTIBIÓTICOS, ANTIVIRAIS, ANTIFÚNGICOS**

Nome paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Médico responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA: \_\_\_\_\_

**PARA RETIRADA DO MEDICAMENTO**

**FORMULÁRIO ACIMA TOTALMENTE PREENCHIDO, CARIMBADO E  
RECEITA SUS (validade trinta dias).**

MEDICAMENTO	DOSE	POSOLOGIA
Aciclovir 200 mg cp		
Aciclovir 50mg/g pomada bisnga 10g		
Amoxicilina 500 mg + Clavulanato 125mg cp		
Amoxicilina 250 mg + Clavulanato 62,5mg cp		
Azitromicina 500 mg cp		
Ceftriaxonona 250 mg/2ml IM inj.		
Cetoconazol 200 mg cp		
Cetoconazol xampu 2% fr 200 ml		
Ciprofloxacino 500 mg comprimido		
Fluconazol 150 mg comprimido		
Nitrofurantoína 100 mg comprimido		
Norfloxacino 400mg comprimidos		