



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL



RECEITUÁRIO

1ª via - Paciente

UNIDADE DE SAÚDE: _____

USUÁRIO: _____

Idade: _____ Peso: _____ kg Sexo: _____

Nº SES ou CNS: _____ Nº SINAN: _____

PQT-U infantil (Poliquimioterapia Única Infantil)

1 cartela a cada 28 dias

Via oral

1º dia: tomar a DOSE SUPERVISIONADA contendo: 1 cápsula rifampicina 300 mg + 1 cápsula rifampicina 150 mg + 3 comprimidos clofazimina 50 mg + 1 comprimido dapsona 50 mg, **na presença do profissional de saúde.**

2º ao 28º dia: tomar a DOSE DIÁRIA contendo 1 comprimido dapsona 50mg + 1 comprimido clofazimina 50 mg em dias alternados - 2 horas após o almoço

Classificação Operacional:

☐ MULTIBACILAR, duração do tratamento 12 meses

☐ PAUCIBACILAR, duração do tratamento 6 meses

Observação: a dispensação das cartelas será realizada mensalmente.

_____/ CRM-DF: _____
Médico

Data: ____/____/____



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL



RECEITUÁRIO

2ª via - Farmácia

UNIDADE DE SAÚDE: _____

USUÁRIO: _____

Idade: _____ Peso: _____ kg Sexo: _____

Nº SES ou CNS: _____ Nº SINAN: _____

PQT-U infantil (Poliquimioterapia Única Infantil)

1 cartela a cada 28 dias

Via oral

1º dia: tomar a DOSE SUPERVISIONADA contendo: 1 cápsula rifampicina 300 mg + 1 cápsula rifampicina 150 mg + 3 comprimidos clofazimina 50 mg + 1 comprimido dapsona 50 mg, **na presença do profissional de saúde.**

2º ao 28º dia: tomar a DOSE DIÁRIA contendo 1 comprimido dapsona 50mg + 1 comprimido clofazimina 50 mg em dias alternados - 2 horas após o almoço

Classificação Operacional:

☐ MULTIBACILAR, duração do tratamento 12 meses

☐ PAUCIBACILAR, duração do tratamento 6 meses

Observação: a dispensação das cartelas será realizada mensalmente.

_____/ CRM-DF: _____
Médico

Data: ____/____/____