



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE DA REGIÃO SUDOESTE

RECEITUÁRIO

Nome do(a) Paciente: _____

Data: ____ / ____ / ____

Penicilina Benzatina _____ UI

Aplicar _____ doses com intervalo de _____ entre as doses

Profissional: _____ (assinatura e carimbo)

ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO

1ª dose: 2.400.000 UI – aplicar IM, 1.200.000 UI em cada nádega

Aplicada em ____ / ____ / ____ Profissional _____

1ª dose: 2.400.000 UI – aplicar IM, 1.200.000 em cada nádega

Aplicada em ____ / ____ / ____ Profissional _____

1ª dose: 2.400.000 UI – aplicar IM, 1.200.000 em cada nádega

Aplicada em ____ / ____ / ____ Profissional _____

ATENÇÃO!

Sr(a) usuário(a), favor guardar esta receita. Ela servirá como comprovante do seu tratamento



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE DA REGIÃO SUDOESTE

RECEITUÁRIO

Nome do(a) Paciente: _____

Data: ____ / ____ / ____

Penicilina Benzatina _____ UI

Aplicar _____ doses com intervalo de _____ entre as doses

Profissional: _____ (assinatura e carimbo)

ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO

1ª dose: 2.400.000 UI – aplicar IM, 1.200.000 UI em cada nádega

Aplicada em ____ / ____ / ____ Profissional _____

1ª dose: 2.400.000 UI – aplicar IM, 1.200.000 em cada nádega

Aplicada em ____ / ____ / ____ Profissional _____

1ª dose: 2.400.000 UI – aplicar IM, 1.200.000 em cada nádega

Aplicada em ____ / ____ / ____ Profissional _____

ATENÇÃO!

Sr(a) usuário(a), favor guardar esta receita. Ela servirá como comprovante do seu tratamento