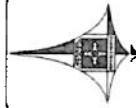


GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: _____ Reg.: _____

Unid. de Saúde: Clínica: Ambulatório

QUIMIOPROFILAXIA PARA COQUELUCHE

Uso oral

1- Azitromicina Suspensão 10mg/kg. Tomar ____ml no primeiro dia. Do segundo ao quinto dia tomar ____ml.

RECEITUÁRIO

Nome: _____ Reg.: _____

Unid. de Saúde: Clínica: Ambulatório

QUIMIOPROFILAXIA PARA COQUELUCHE

Uso oral

1- Azitromicina Suspensão 10mg/kg. Tomar ____ml no primeiro dia. Do segundo ao quinto dia tomar ____ml.

Data: ____/____/2024 Assinatura e carimbo

Data: ____/____/2024 Assinatura e carimbo