



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: _____ Reg.: _____

Unid. de Saúde: Clínica: Ambulatório

QUIMIOPROFILAXIA PARA COQUELUCHE

Uso oral

1- Azitromicina - 01 cp de 500 mg
Tomar 01 comprimido de 500 mg 1 x /dia por 5 dias.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: _____ Reg.: _____

Unid. de Saúde: Clínica: Ambulatório

QUIMIOPROFILAXIA PARA COQUELUCHE

Uso oral

1- Azitromicina - 01 cp de 500 mg
Tomar 01 comprimido de 500 mg 1 x /dia por 5 dias.

Data: ___/___/2024 Assinatura e carimbo

Data: ___/___/2024 Assinatura e carimbo

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: _____ Reg.: _____

Unid. de Saúde: Clínica: Ambulatório

QUIMIOPROFILAXIA PARA COQUELUCHE

Uso oral

1- Azitromicina - 01 cp de 500 mg
Tomar 01 comprimido de 500 mg 1 x /dia por 5 dias.

Data: ___/___/2024 Assinatura e carimbo

Data: ___/___/2024 Assinatura e carimbo