

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Reg.: _____

Unid. de Saúde: _____

Clínica: _____

Ambulatório ☐

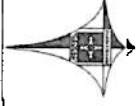
QUIMIOPROFILAXIA PARA COQUELUCHE

Uso oral

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

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 Suspensão 10mg/kg. Tomar _____ml
no primeiro dia. Do segundo ao quinto dia tomar _____ml.

Data: ____/____/2024

Assinatura e carimbo