

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Reg.: _____

Unid. de Saúde: _____

Clínica: _____

Ambulatório ☐

QUIMIOPROFILAXIA PARA COQUELUCHE

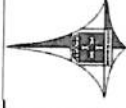
Uso oral

1 - Azitromicina - 01 cp de 500 mg

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

Data: ____/____/2024

Assinatura e carimbo



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